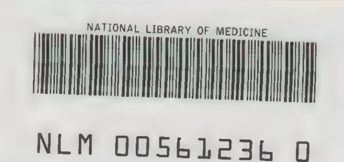



NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00561236 0

Handbuch

der

IRRENHEILKUNDE

für

Aerzte und Studirende.

Von

Dr. Friedrich Scholz
Direktor der Kranken- und Irrenanstalt zu Bremen.



Eduard Heinrich Mayer.
(Einhorn & Jäger.)
Verlagsbuchhandlung
16 Rossplatz, Leipzig.
1890.

Vorrede.

Dieses Handbuch, welches einer von verschiedenen Seiten, namentlich von jüngeren Kollegen gegebenen Anregung seine Entstehung verdankt, ist hauptsächlich für solche Aerzte und Studirende bestimmt, welche die Psychiatrie nicht zu ihrer Spezialität erwählt haben. Für Jünger der Irrenheilkunde aber wird es vielleicht eine passende Einleitung zum Studium der grossen Lehrbücher und übrigen Fachschriften abgeben.

Es kam mir darauf an, Kürze mit möglichster Vollständigkeit zu verbinden, alles Spekulative auszuscheiden und nur Thatsachen zu bringen. Die Fachgenossen mögen entscheiden, wie weit dieser Versuch, der bei dem Umfange und der Eigenthümlichkeit des behandelten Stoffes nicht zu den leichtesten schriftstellerischen Unternehmungen gehört, gelungen ist.

Bremen, Oktober 1889.

Der Verfasser.

Inhaltsverzeichniss.

Register.

Einleitung.

Geisteskrankheiten sind solche Krankheiten, welche sich hauptsächlich auf geistigem Gebiete, oder, wie man sich auch ausdrückt, auf dem Gebiete des Seelenlebens abspielen. Nach einem der häufigsten und hervortretendsten Symptome, nämlich dem Irrereden, bezeichnet man die Geisteskrankheit auch als Irresein, die Kranken als Irre. Auch bedient man sich der Bezeichnung Psychose für geistige Abnormität überhaupt.

Niemals erkrankt der Geist allein für sich, sondern stets sind mit geistigen Erkrankungen auch körperliche Störungen verbunden. Nicht selten treten sie als Complikationen zur Geisteskrankheit hinzu, den Verlauf derselben beeinflussend oder von ihm beeinflusst. Am häufigsten aber sind sie als direkte oder indirekte Ursache der Geisteskrankheit anzusehen. Körper und Geist sind im Menschen so untrennbar mit einander verbunden und ersterer so sehr die Voraussetzung des letzteren, dass man sich auch Geisteskrankheiten nicht wohl anders, als körperlich vermittelt vorstellen kann. Regulator aller seelischen Vorgänge im Körper aber ist das Gehirn, das Vorderhirn überdies das Organ bewussten Seelenlebens. Deswegen hat man den Satz ausgesprochen: Geisteskranke sind Gehirnkranke. Man will damit keine Identität ausdrücken, denn umkehren lässt sich der Satz nicht. Vielmehr will man damit nur sagen, dass keine Geisteskrankheit entstehen könne, die nicht irgend eine krankhafte Veränderung des Gehirns, sei es in seinem feineren Bau oder in seiner Ernährung, zur Voraussetzung hätte. Nicht jedesmal übrigens hat man sich dabei das Gehirn als das ursprünglich erkrankte Organ zu denken. Vielmehr kann die Ursache in einem entfernteren Körpertheile liegen und das Gehirn erst nachträglich z. B. durch Ernährungsstörungen in Mitleidenschaft gezogen worden sein, — so bei Erkrankungen des Herzens und des Gefässsystems oder bei chronischen Verdauungsstörungen, durch welche Ernährung und Blutbildung beeinträchtigt wurden. Jedenfalls steht soviel fest: Irre sind Kranke, nicht blos in irgend einem bildlich gemeinten, sondern in buchstäblichem anatomisch-klinischem Sinne.

Wenn oben gesagt wurde, dass Geisteskrankheit immer irgend eine Abnormität des Gehirns zur Voraussetzung habe, so

ist dies doch nicht so zu verstehen, als wenn einem bestimmten krankhaften Zustande des letzteren nun auch jedesmal eine bestimmte Form der Geisteskrankheit entspräche. Hierin verhalten sich Geisteskrankheiten vielmehr ganz anders, als körperliche Krankheiten. Finden wir z. B. bei einem körperlich Kranken hohes Fieber nach vorausgegangenem Schüttelfrost, Dämpfung des Percussionsschalles über einer gewissen Lungenparthie nebst bronchialem Athmen, rostbraunem Auswurf u. s. w., so wissen wir genau, dass diesen äusseren Symptomen ein pathologisch-anatomischer Zustand der Lunge entspricht, den wir als croupöse Pneumonie bezeichnen. Oder bei einem Typhuskranken schliessen wir gleichfalls aus dem Fieberverlaufe, der Milzanschwellung, den charakteristischen Stuhlgängen, den Roseolaflecken der Haut mit eben solcher Sicherheit auf das Vorhandensein gewisser krankhafter Veränderungen in den Peyer'schen Drüsen des Dünndarms und in den Mesenterialdrüsen.

Zwischen Geisteskrankheit und Gehirnbefund aber wird ein solcher Parallelismus meist vermisst, denn sehr verschiedene Formen pflegen auf dem Sektionstische doch scheinbar ganz gleichen Gehirnbefund zu ergeben. So kommt z. B. seröse oder eiterige Leptomeningitis sowohl bei ganz frischen Fällen von Melancholie oder Tobsucht, als auch bei veraltetem Wahnsinn und bei Paralyse vor. Oder umgekehrt: dieselbe klinische Form giebt differente Sektionsresultate. So kann man z. B. bei Kranken, die an akuter Tobsucht zu Grunde gegangen sind, einmal eiterige Meningitis, ein anderes Mal seröse Leptomeningitis, ein drittes Mal nur Blutüberfüllung der Pia-Gefässe und der Gehirnsubstanz finden.

Allerdings giebt es Fälle von Geisteskrankheit, bei denen man mit Sicherheit einen bestimmten pathologisch-anatomischen Befund erwarten darf. Dies sind die eigentlichen Cerebropathieen, z. B. Tumoren des Gehirns. Aber obgleich hier gegen die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Gehirnleiden und Geisteskrankheit gewiss nichts Stichhaltiges einzuwenden ist, muss man sich doch zugleich vergegenwärtigen, dass ersteres überhaupt nicht aus den klinischen Erscheinungsformen der letzteren, sondern lediglich aus den bekannten körperlichen Symptomen diagnosticirt wird. Ueberdies lehrt ja auch die Erfahrung, dass es Fälle von Gehirntumoren genug giebt, die ganz ohne Geisteskrankheit verlaufen.

Nur mitunter entspricht dem klinischen Bilde ein bestimmter pathologisch-anatomischer Befund, z. B. in den mit rascher Verblödung und Verfall einhergehenden Fällen von Paralyse, wo man neben leptomeningitischen Ablagerungen jedesmal auch einen Schwund der grauen Masse des Vorderhirns erwarten darf.

Diese mangelnde Congruenz zwischen klinischen Symptomen

und pathologisch-anatomischem Befund ist zwar die Regel, aber, wie schon die Ausnahmen erweisen, kein Gesetz. Vielmehr müssen wir annehmen, dass in Wirklichkeit eine solche Congruenz existirt, und dass es sonach nur unsere mangelhaften Kenntnisse von dem feineren Bau des Gehirns u. s. w. verschulden, wenn sie uns in den meisten Fällen noch verborgen bleibt. Sie mehr und mehr aufzudecken, ist darum ein Hauptziel der modernen Psychiatrie geworden.

Uebrigens sind auch keineswegs immer greifbare pathologisch-anatomische Gewebsveränderungen voraus zu setzen; sondern sehr häufig erstrecken sich die krankhaften Vorgänge augenscheinlich nur auf mehr oder minder rasch vorübergehende Störungen des Säfteumlaufes in den Blut- und Lymphbahnen. Einen Beweis dafür liefert die Thatsache, dass solide anatomisch-pathologische Befunde überhaupt nur in den Endstadien chronischer Psychosen, dagegen nicht in den Anfangsstadien gefunden zu werden pflegen. Bei letzteren beschränkt sich der makroskopische Befund (und nur von einem solchen kann annoch die Rede sein) auf Hyperämie oder Anämie der Hirnsubstanz und Hirnhäute. Da die Blutzirkulation und -verteilung aber zum grössten Theil von dem vasamotorischen System abhängt, so geht zugleich die grosse Wichtigkeit dieses letzteren für die gesammte Hirnthätigkeit, für das Geistes- und Gemüthsleben und in weiterer Folge für das Zustandekommen von Geisteskrankheiten daraus hervor. Wie die Elemente des centralen Nervensystems die unentbehrliche Grundlage, so ist das vasomotorische System der grosse Regulator unseres Geisteslebens. Von dem Grade seiner Reizbarkeit, seines Tief- oder Hochstandes hängen Gesundheit und Krankheit, hängen geistige Leistungsfähigkeit, Besonnenheit und Selbstbeherrschung, diese drei grossen Zeugen eines harmonischen Seelenlebens, vor allem ab. Was wir unter individueller Disposition verstehen, bedeutet hauptsächlich den Zustand unseres vasomotorischen Systems.

Wenn das Vorderhirn das Organ des bewussten Seelenlebens darstellt, so müssen wir dasselbe begreiflicherweise auch als Sitz der geistigen Erkrankungen ansehen. Hiermit soll, wie nochmals wiederholt werden mag, natürlich nicht gesagt werden, dass nur das Vorderhirn oder gar nur ein Theil desselben erkrankt, alles Uebrige aber unberührt sei. Vielmehr ist damit nur gemeint, dass das Vorderhirn jedesmal in Mitleidenschaft gezogen ist, oder was dasselbe sagen will, dass man sich Geisteskrankheit ohne ein erkranktes Vorderhirn nicht vorzustellen vermag. Wenn wir ferner gesehen haben, dass mindestens bei frischen Erkrankungen die Anomalien der Säftevertheilung durch das vasomotorische System eine Hauptrolle spielen, und wir uns dieselben notwendiger Weise nicht als engbegrenzt, sondern auf einen weiteren Bezirk sich erstreckend denken müssen, und endlich — wenn wir anzunehmen

Ursache haben, dass auch solide, einen engeren Bezirk belastende Gewebserkrankungen, wie sie vornehmlich bei älteren, chronischen Irreseinsfällen vorkommen, nur dann regelmässig Geisteskrankheit zuwege bringen, wenn sie auf weitere Kreise der Rinde ausstrahlen, — so muss man das Irresein als eine diffuse Ernährungs- oder Entartungs-Erkrankung der Vorderhirnrinde definiren.

Bei körperlichen Krankheiten sind Form und Verlauf unabhängig von der Qualität der Ursache. Wenigstens haben wir keine Veranlassung anzunehmen, dass z. B. bei einer Lungenentzündung der Verlauf sich so oder anders gestalten müsse, je nachdem als Ursache entweder eine Infektion oder Erkältung eingewirkt hätte. Bei Geisteskrankheiten aber ist Form und Verlauf oft wesentlich von der Ursache abhängig. Wir unterscheiden z. B. ein alkoholistisches, ein luetisches, ein epileptisches Delirium u. s. w., und mit diesen Ausdrücken wollen wir nicht blos einen ursächlichen Zusammenhang, sondern nicht weniger auch die Verschiedenheit klinischer Form bezeichnen. Die Kenntniss der Ursache hilft hier die Diagnose stellen.

Auch die gesammte geistige und körperliche Individualität spielt eine grosse Rolle. Schon bei körperlichen Krankheiten macht es mit Bezug auf Form und Verlauf einen grossen Unterschied, ob sie eine von Haus aus kräftige Natur oder einen geschwächten Körper treffen. Aber noch viel wichtiger sind diese Verhältnisse bei der Entstehung von Geisteskrankheiten. Denn nicht blos erweist sich ein von Haus aus oder durch Krankheit geschwächtes Gehirn viel widerstandsloser und anfälliger, sondern auch die Schwere, ja selbst die Form der Erkrankung ist davon abhängig.

So erzeugt die gleiche Ursache, z. B. der Schreck bei einem Eisenbahnunfall, bei dem Einen nur leichte, nervöse Aufregung, bei dem Andern, minder Widerstandsfähigen, aber Verworrenheit mit Tobsucht.

Nicht minder kommen hierbei die äusseren Lebensverhältnisse, das Vorleben, die Erziehung, die Neigungen und Gewohnheiten in Betracht. Endlich aber, und dies ist das Wichtigste, werden Charakter und Verlauf der Geisteskrankheit viel mehr, als dies je bei körperlichen Krankheiten der Fall ist, dadurch bestimmt, ob Erblichkeit vorliegt oder nicht.

Krankheit, im Allgemeinen gesprochen, ist keine Wesenheit an sich, sondern stellt nur einen Lebensvorgang unter veränderten Bedingungen vor. So begegnen uns auch bei den Elementen des Irreseins fortwährend Analogien mit dem gesunden Seelenleben. Schon die krankhaften Affekte bieten an sich Nichts von den Aeusserungen gesunden Seelenlebens Verschiedenes dar. Angst, traurige oder heiter erhobene Stimmung kommen als normale Reaktionen auf entsprechende Seelenreize auch beim gesunden

Menschen vor. Um sie im gegebenen Falle als krankhaft zu erkennen, darf man nicht allein die Art und Weise, wie sie sich geben, z. B die übermässige Höhe des Affekts, in Betracht ziehen. Denn in dieser Beziehung brauchen sie sich gar nicht nothwendig von gesunden Affekten zu unterscheiden, obgleich es allerdings ja oft genug der Fall ist. Sondern man muss nach Begleiterscheinungen und der zureichenden Ursache suchen. Treten z. B. bei einem heiteren Affekt Grössenideen auf, oder steht er in schreiendem Widerspruch mit der äusseren Lage, so sind damit die Merkmale krankhafter Begründung gegeben. Oder der weitere Verlauf ist massgebend. So kann beispielsweise von zwei Müttern, die um den Tod ihrer Kinder trauern und die anfänglich den gleich traurigen Affekt darboten, die eine mit der Zeit den Affekt überwinden, während sich bei der zweiten nach wenigen Monaten Wahnideen der eigenen Verschuldung und Versündigung einstellen. Hier darf man annehmen, dass schon der ursprüngliche Affekt, so wohlbegründet er auch erscheinen mochte, krankhafter Natur gewesen war, und forscht man alsdann weiter nach, so wird man entweder in den vorhanden gewesenen Begleiterscheinungen, z. B. schweren Ernährungsstörungen, oder in erblicher Belastung oder in sonstigen veranlagenden Ursachen unschwer den Beweis für solche Annahme finden können.

Sehr wichtige Anhaltspunkte gewährt immer ein gleichzeitig vorhandenes körperliches Leiden, z. B. Neuralgie oder hartnäckiger Magenkatarrh oder Anämie u. dergl. Wenn aber auch ein solches fehlt, muss man den krankhaften psychischen Affekt doch immer als organisch, d. h. krankhaft begründet ansehen. Und wie mit Affekten, so verhält es sich auch mit allen übrigen Aeusserungen erkrankten Seelenlebens, mit Wahnideen, Irrereden, Irrehandeln u. s. w. Von Urtheilen und Handlungen gesunder Menschen unterscheiden sie sich nicht allein durch ihren Inhalt, was gar nicht immer der Fall zu sein braucht, sondern wesentlich durch ihre pathologische Begründung. Darum empfinden, reden, urtheilen, handeln solche Kranke verkehrt, weil sie es thun müssen, weil sie unter einem p a t h o l o g i s c h e n Z w a n g e stehen, der unwiderstehlich ist, und der sich selbst da, wo sich ihm noch richtige Einsicht und gesundes Urtheil entgegen stellen, alle Hindernisse hinwegräumend, Geltung verschafft. Auch hier fehlen übrigens die Analogien mit dem alltäglichen, noch in die Breite der Gesundheit fallenden, Leben nicht. Denn in welchem Maasse die Seele von körperlichen Zuständen abhängt, lehrt uns nicht blos das Fieberdelirium, sondern schon die leise Verstimmung und verminderte Leistungsfähigkeit, welche uns bei vorübergehendem Unwohlsein oder nach einer schlaflosen Nacht beschleichen und sich erst nach Beruhigung des gestörten Blut- und Nervenlebens zu verlieren pflegen.

Noch andere Analogien mit dem gesunden Leben bietet das Irresein dar. Wir finden sie vornehmlich im Rausche und im Traume. Der Rausch, freilich an sich kein „gesunder", aber doch bei sonst geistig Gesunden häufig vorkommender Zustand, ist geradezu eine akute Vergiftungspsychose, mit allen regelrechten Phasen einer typischen Geisteskrankheit, zu nennen. Er beginnt, wie diese, mit einem heiteren, maniakalischen Vorspiele, während dessen der Ablauf der geistigen Thätigkeiten erleichtert, die Leistungsfähigkeit gesteigert, das Kraftgefühl gehoben sind. Doch bald bereitet sich unter Steigerung des Affektes eine Wendung zum Schlimmeren vor. Die Heiterkeit wird zur Zügellosigkeit, das laute und viele Sprechen zum Lärmen und Toben. Das Gefühl für das Schickliche und was man seiner Person und den Umständen schuldet, verflüchtigt sich. Sinnestäuschungen stellen sich ein. Schliesslich gehen Wahrnehmen und Urtheilen immer mehr verloren, das geistige Leben erlischt ganz, auch die Muskeln erschlaffen und der Berauschte liegt regungslos da. Der ganze Vorgang gleicht auf ein Haar dem allmählichen Verfalle bei einer schweren idiopathischen Gehirnkrankheit. Er ist sozusagen eine kondensirte, fortschreitende Paralyse.

Zwischen Traum und Irresein wechseln vielfache Beziehungen hin und her. Nicht blos, dass Wahnideen gar nicht selten aus Träumen entstehen, ähneln sie solchen auch in einem sehr wichtigen Punkte, nämlich in der Allegorisirung der Vorstellungen. Der Traum stellt immer eine Allegorisirung dar, entweder von im Schlafe gehabten Sinneseindrücken oder von Erinnerungsbildern früher gemachter Wahrnehmungen. So erweckt z. B. das Kältegefühl in einem während des Schlafes blossliegenden Körpertheile den Traum des Unbekleidetseins, oder ein Furunkel den eines Schlangenbisses, oder das Geräusch einer zufallenden Thür, falls es nicht so stark ist, um den Schläfer zu erwecken, die Vorstellung eines Kanonenschusses. Ganz ähnliches finden wir nun bei einer gewissen Klasse von Irrsinnigen, welche auch im Wachen Gefühlsstörungen in derselben Weise allegorisiren und zu bleibenden Wahnideen umarbeiten. So wird z. B. die Wahnidee, Glasfüsse zu besitzen, aus einer Anästhesie oder Parästhesie in den Hautnerven der Unterextremitäten abgeleitet. Und ebenso unfähig wie der Träumende, ist auch der Irrsinnige, seine Wahnvorstellungen zu korrigiren. Beim Träumenden erklärt es sich daher, weil im Schlafe gewisse Elemente des wachen Seelenlebens, namentlich Kritik und Urteil, ausgeschaltet sind, — beim Irrsinnigen zum Theil allerdings auch aus einer gewissen Urtheilsschwäche, hauptsächlich aber, weil die allegorisirten Sinneseindrücke nicht wie beim Träumenden rasch vorübergehen, oder beim Erwachen kritisch richtig gestellt werden, sondern weil sie durch ihr festes Beharren den Nebel sensorieller Täuschung un-

durchdringlich machen und so schliesslich als wirkliche Sinneseindrücke imponiren. — Da es aber der unangenehmen Sinneseindrücke mehr giebt als der angenehmen, so erklärt es sich zu gleicher Zeit, warum sowohl finstere Träume wie bedrückende Wahnideen vor den beglückenden die Oberhand haben.

Aus den Elementen des Fühlens und Empfindens, des Vorstellens und Urtheilens, des Strebens und Handelns setzt sich die gesammte Seelenthätigkeit des Menschen zusammen. Auch die Geisteskrankheiten kann man psychologisch zweckmässig in Krankheiten des Fühlens, Vorstellens und Handelns eintheilen. Ebenso nun, wie auch im gesunden Seelenleben die genannten Grundkräfte meist gemeinsam in Thätigkeit sind, so zwar, dass Empfinden nicht ohne Vorstellen, dieses nicht ohne Urtheilen und beides nicht ohne Begehren und Handeln bleibt, so pflegen sie auch gemeinsam zu erkranken. Die Erkrankung des einen Gebietes zieht die des anderen nach sich. So hat z. B. krankhaftes Empfinden in der Melancholie oder Manie auch krankhafte Vorstellungen vom eigenen Ich, dieses falsche Beurtheilung äusserer Dinge und beides wieder verkehrte Strebungen und Handlungen zur Folge. Allerdings ist gewöhnlich das eine Gebiet mehr wie die andern betroffen, und je nachdem gewinnt die jeweilige Krankheit auch ihr besonderes Gesicht. Auch darf man nicht glauben, dass der Geisteskranke jedesmal in allen Stücken Verkehrtheiten zeigen müsse, dass der Melancholiker unverständige Reden führen, der Wahnsinnige durchaus toben müsse. Nicht-Sachverständigen, wie Richtern, Staatsanwälten, Geistlichen u. s. w. fällt es immer dann am schwersten, an eine Geisteskrankheit zu glauben, wenn die Intelligenz anscheinend ungestört geblieben, d. h. wenn der Kranke keinen Unsinn schwatzt und seine Handlungen sogar mit Gründen und einem gewissen Aufwand von Schlauheit zu motiviren versteht. Dem Sachverständigen aber wird es auch alsdann nicht schwer fallen, die trotz anscheinend gesunden Urtheilsvermögens in der Tiefe des Vorstellungslebens schlummernden Verkehrtheiten zu erkennen, oder den Beweis der Geisteskrankheit auf anderen Gebieten zu führen.

Schon aus diesen letzten Erwägungen geht zum Theil die grosse Wichtigkeit der Psychiatrie, nicht blos für den Einzelnen als Heilwissenschaft, sondern auch für die Gesellschaft als Socialwissenschaft hervor. Mit der Rechtspflege hat keine andere Wissenschaft einen so intimen Zusammenhang wie die Psychiatrie. Im Strafrecht stellt die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit, mag sie nun direkt oder indirekt gestellt werden, im Civilrecht die nach der Dispositionsfähigkeit oder auch in Unfallssachen die nach der Berechtigung der erhobenen Ansprüche dem begutachtenden Arzte die höchsten und schwierigsten Aufgaben. Auf dem Verwaltungsgebiete ist die staatliche oder kommunale Fürsorge für

die Unterbringung der heilbaren Geisteskranken, sowie namentlich der grossen Zahl der unheilbaren, gemeingefährlichen, lästigen oder störenden Irren eines der wichtigsten Erfordernisse. Ja, auch die hohe Politik kann in Frage kommen, wenn gekrönte Häupter selbst bezüglich ihrer Regierungsfähigkeit zu begutachten sind. In allen diesen Dingen können auch Aerzte, die nicht psychiatrische Fachärzte sind, sehr leicht in die Lage kommen, ein Gutachten abgeben zu müssen.

Endlich aber ist der Besitz psychiatrischer Kenntnisse für den Arzt auch in Bezug auf seine gewöhnliche Praxis von hohem Werte. Denn das häufige Vorkommen geistiger Erkrankungen nöthigt ihn oft zu rascher Entscheidung. Er muss den Zustand seines Kranken richtig erkennen und ohne Säumen den Entschluss fassen, wie zu helfen und etwaiger Gefahr auch für Andere vorzubeugen, welches Heilmittel zu reichen, ob der Kranke im Hause verbleiben dürfe oder sofort in eine Anstalt zu verbringen sei u. s. w. Hier hängen oft von rascher, sachgemässer Entscheidung, die nicht immer bis zur Ankunft eines psychiatrischen Facharztes ausgesetzt werden darf, Vermögen, Leben und Ehre ab.

Auch in nicht eigentlich zu diesem Gebiet gehörigen Fällen sind dem praktischen Arzte psychiatrische Kenntnisse von hohem Nutzen, ja unentbehrlich. Namentlich die Neurologie ist so verwachsen mit der Psychiatrie, dass sich beide Gebiete schon nicht mehr trennen lassen. Die so vielgestaltigen, auch psychisch gefärbten Bilder der Neurasthenie und Hysterie lassen sich ohne psychiatrische Kenntnisse oft gar nicht deuten. —

Schliesslich kommt noch ein sehr wichtiger Punkt dazu. Mehr noch wie in körperlichen Krankheiten kommt in geistigen die Individualität des Kranken zur Geltung. Nicht mit einem erkrankten Organ, sondern mit einer erkrankten Persönlichkeit, diesen Begriff so umfassend wie möglich genommen, hat es der Arzt in erster Reihe zu thun. Hier tritt der Arzt dem Kranken näher, hier schärft sich sein Blick für Besonderheiten, die in keinem Lehrbuche erwähnt sind, aber doch ganz allein dem Falle sein eigenthümliches Gepräge aufdrücken. Hier lernt der Arzt die wahrhaft esoterische Kunst des Individualisierens.

Erster Abschnitt.
Die psychischen Elementarstörungen.

Erstes Kapitel.
Die Elementarstörungen auf dem Gebiete des Empfindens. Die krankhaften Affekte.

Unser Allgemeingefühl wird bedingt durch die Summe der auf uns einwirkenden körperlichen und seelischen Reize. Der äussere Ausdruck desselben ist die Stimmung. Auf relativ stärkere Reize antwortet das Allgemeingefühl durch Gemüthsbewegungen oder Affekte. Letzteren sind stets Elemente des Strebens und Handelns beigemischt.

Affekte sind normale und nothwendige Bestandtheile des menschlichen Seelenlebens. Ohne Affekte würde der Mensch nicht Mensch sein.

In doppelter Beziehung kann sich das Gemüthsleben erkrankt zeigen, — erstlich in der Art und Weise, wie Gemüthsbewegungen zu Stande kommen, d. h. welche Reizhöhe erforderlich ist, um sie zu erzeugen, — und zweitens dem Inhalte nach. Auf diese beiden Punkte hat sich auch die Diagnose bei Gemüthserkrankungen zu richten.

In Bezug auf die Reizempfänglichkeit unterscheiden wir wieder zweierlei: nämlich abnorm gesteigerte und abnorm verminderte Gemüthserregbarkeit. Da die Erregbarkeit der einzelnen Menschen natürlich unendlich verschieden ist, so finden wir schon im gewöhnlichen Leben die mannigfaltigsten Abstufungen. Dieselben sind an sich natürlich noch nicht Zeichen einer Krankheit, sondern zunächst nur Charaktereigenthümlichkeiten, aber freilich solche, die zu Geisteskrankheiten disponiren. Es giebt Menschen, deren Allgemeingefühl auf den geringsten Reiz antwortet, deren Stimmung deshalb häufigem Wechsel unterliegt (launische Menschen). Ist dabei das Selbstgefühl habituell herabgesetzt, so genügt der geringste Reiz, möge er nun von der Aussenwelt oder aus dem eigenen Körper kommen, um schmerzliche Gefühle zu erwecken. Ja, selbst Vorstellungen mit an sich heiterem Inhalte beschwören alsdann gegentheilige hervor. Solche Menschen geberden sich als wehleidig, überempfindlich, verlangen stete Be-

rücksichtigung und zeigen oder heucheln Welt- und Lebensüberdruss. Oft bleibt die schmerzliche Verstimmung längere Zeit bestehen und nimmt eine mehr wie gewöhnliche affektive Höhe an. Solchen Kranken begegnet man dann wohl in Irrenanstalten, wo sie unter der Diagnose Melancholie Aufnahme finden.

Bei Anderen zeigt sich die gesteigerte Reizbarkeit nicht sowohl in habituellem Schmerzgefühle, als in der Neigung, sich allzuleicht aus dem Gleichmuth der Stimmung werfen zu lassen und kleineren vorübergehenden Affekten zu unterliegen. Hierzu sind die Ueberraschungsaffekte zu zählen, die sich als Verlegenheit, Beschämung, leichte Schreckbarkeit zeigen, — vor Allem aber die sogenannten Erwartungsaffekte. Wie es Menschen giebt, die einem grossen Unglücke, wenn es geschehen ist, gefasster gegenüberstehen, als einem kleinen, das noch erwartet wird, so giebt es auch sehr Viele, die an sich gleichgiltigen oder wenigstens unwesentlichen Dingen, z. B. einer Einladung, einem Briefe, mit peinlicher Spannung entgegensehen. Man begreift solche und ähnliche Zustände, die sich wohl häufiger finden, als man glaubt, neuerdings unter der Allgemeinbezeichnung der reizbaren Schwäche.

In Geisteskrankheiten sind solche Erscheinungen sehr häufig zu finden.

Viel seltener ist das Selbstgefühl habituell erhoben, sodass entsprechende Reize sofort Lustaffekte erregen. Es kommt fast nur bei bereits ausgebildeter Geisteskrankheit vor.

Eine mittlere Stellung nimmt die zornige Erregbarkeit ein. Denn der Zorn kennzeichnet sich durch Unlustgefühle bei erhöhtem Selbstgefühl. Wir werden noch einmal auf ihn zurückkommen.

Die abnorm verminderte Gemüthserregbarkeit, auch Gemüthsstumpfheit genannt, kommt physiologisch vorübergehend bei einem Uebermaass einwirkender Reize vor. Gehäufte Schicksalsschläge erzeugen vorübergehend Gleichgiltigkeit, gehäufte Lusterregungen Blasirtheit. Auch die Gemüthsstumpfheit ist, wie die krankhaft erhöhte Erregbarkeit, ein ungemein häufiges Symptom in fast allen Formen von Geisteskrankheit.

Dem Inhalte nach unterscheiden wir Depressionsaffekte und Exaltationsaffekte.

Unter den Depressionsaffekten unterscheiden wir: a. die Angst und b. die schmerzliche Verstimmung (Melancholie).

A. Die Angst.

Angst, durch hinreichende äussere Ursache begründet, ist ein normaler Affekt der menschlichen Seele. Als krankhaft ist sie zu bezeichnen, wenn sie durch körperliche Leiden, z. B. Herz-

fehler, hervorgerufen ist, oder wenn sie (scheinbar) ganz ohne Ursache auftritt, oder wenn der Affekt eine Höhe erreicht, dass Besinnung und Selbstbeherrschung verloren gehen, oder endlich, wenn er von unverhältnissmässig langer Dauer ist.

Als körperliche Ursachen sind in erster Reihe Kreislaufs- und Athmungsstörungen zu bezeichnen, auch abnorme Innervationen der Herz- und Eingeweidenerven, wie bei dem bekannten Bilde der angina pectoris, — alsdann vasomotorische Störungen, z. B. als Vorboten des epileptischen Anfalles oder einer Gehirnblutung. Auch Vergiftungen erzeugen Angstgefühle, z. B. akute Nikotinvergiftung und das Gift der Hundswuth, — endlich auch diffuse Hirnhautentzündung mit Ernährungsstörungen der Hirnrinde.

Angst ist häufig mit örtlichen Empfindungen verbunden und scheint alsdann von gewissen Körperstellen, am häufigsten von der Herzgrube auszustrahlen. Man hat deshalb auch den „Sitz“ der Angst dorthin verlegt und ihr den Namen „Präcordialangst“ gegeben. Keinesfalls aber hat man ihn dort, sondern im Hirn selbst zu suchen. Die Vorstellungsganglien des Vorderhirns percipiren den ihnen peripherisch vermittelten Reiz als Angst und projiciren ihn nach Aussen, ebenso wie den Schmerz, der ebenfalls nur eine Vorstellung, d. h. eine Funktion des Gehirns, aber nicht des schmerzenden Theiles ist.

Die körperlichen Begleiterscheinungen im typischen Anfall sind gekennzeichnet durch Abschwächung der Innervation, Gefässverengerung mit darauf folgender Erweiterung, Spasmus und nachfolgender Parese der unwillkürlichen Muskeln. Es sind also zwei Stadien zu unterscheiden. Im ersten Stadium zeigt der Kranke Blässe und Kühle der Haut, verlangsamtes coupirtes oder rasches oberflächliches Athmen, verbunden mit Tonlosigkeit der Stimme, starre Haltung, gespannte Miene, ängstlichen Blick. Im zweiten Stadium zeigt sich schlaffe Haltung, entspannte Miene, Schweissausbruch (Angstschweiss), die Herrschaft über die Sphincteren geht verloren. Dauert der Anfall lange Zeit, durch Wochen und Monate (s. u.), so gehen beide Stadien vielfach ineinander über, sodass bald die Erscheinungen der Spannung, bald die der Erschlaffung im Vordergrunde stehen.

Psychisch ist gleichfalls ein Zustand der Spannung vorherrschend. Die Vorstellung wird auf einen Punkt gebannt, sodass die Perception von Sinneswahrnehmungen geschwächt oder in schweren Fällen ganz aufgehoben sein kann. Verlust des Bewusstseins ist gleichfalls nicht selten. Oder die Spannung des Vorstellungslebens löst sich in Ideenflucht auf, welche ihrerseits wieder Verwirrung zur Folge haben kann. Auf dem Gebiete des Wollens zeigt sich ungeordneter Bewegungsdrang oder impulsive Handlungen mit der Tendenz, dem Zustande zu entfliehen, Selbstmordversuche u. dergl. Oder die auch auf dem motorischen

Gebiete vorhandene Spannung verurtheilt den Kranken zu völliger Regungslosigkeit.

Angst ist eines der häufigsten Symptome des Irreseins, namentlich in den Vorbereitungsstadien. Zur selbstständigen klinischen Form erhebt sich der Affekt in der sogenannten Melancholia attonita (s. Kap. 13).

B. Der schmerzliche Affekt. Die Melancholie.

Den krankhaften schmerzlichen Affekt nennt man Melancholie. Derselbe enthält zunächst seinem Inhalte nach nichts, was ihn von den schmerzlichen Affekten des gesunden Lebens unterschiede, ist aber doch dadurch wesentlich von diesen getrennt, dass keine äussere, sondern eine innere organische Veranlassung zu Grunde liegt. Man darf annehmen, dass letztere in Ernährungsstörungen des Gehirns, beziehungsweise der Rinde, zu suchen ist.

Der Melancholie sind zwei Hauptmerkmale eigen: 1) das schmerzlich niedergedrückte Selbstgefühl und 2) die auf der Seele lastende Hemmung und in Folge dieser das Unvermögen, sich durch eigene Kraft dem Zustand zu entziehen.

Das schmerzlich niedergedrückte Selbstgefühl ist ein allgemeines, nicht blos auf einen Gegenstand, der gerade Kummer macht, beschränktes. Die Seele empfindet überhaupt keinen andern Affekt mehr, als Schmerz. Alle Reize, alle Berührungen mit der Aussenwelt erwecken und erhöhen nur die schmerzliche Verstimmung. Vorstellungen entgegengesetzten Inhalts werden unter dem Zwange der gedrückten Stimmung gar nicht erst aufgenommen oder bleiben nicht im Ideenkreise haften. Der Kranke reagirt entweder gar nicht darauf, oder weist sie unter Zeichen der Gereiztheit und des Widerspruches ab. Sein Bewusstseinsinhalt bleibt nur mit schmerzlichen und peinlichen Bildern gefüllt.

Die psychische Hemmung zeigt sich zunächst im Vorstellungsleben. Ideen- und Gedankenfluss verlaufen träge und einförmig, die Versetzung auf das motorische Gebiet ist gleichfalls verlangsamt. Das Bewusstsein dieser Hemmung aber, der geistigen Oede und die dadurch bewirkte Vorstellung der Verdummung und Verblödung sind selbst wieder wichtige Quellen von Unlustgefühlen.

Erst in vorgerückteren Stadien der Krankheit lässt auch das psychische Schmerzgefühl nach, und Gleichgültigkeit zunächst gegen allgemeine, alsdann aber auch gegen persönliche und Familieninteressen tritt an die Stelle.

Die *körperlichen Begleiterscheinungen* der Melancholie sind, wie bei der Angst, gleichfalls Schwächung der willkürlichen Innervation und Störungen im vasomotorischen Gebiete mit ab-

wechselnder Gefässverengerung und -erweiterung, jedoch ohne gleichzeitigen Spasmus organischer Muskeln. — Ueber die sonstigen körperlichen Begleiterscheinungen (s. Kap. 13).

Melancholie ist nicht nur ein wichtiges Element in sehr vielen Formen des Irreseins, sondern bildet auch eine eigene Krankheitsform und zwar eine der am häufigsten vorkommenden (s. Kap. 13).

C. Der heitere Affekt. Die Manie.

Manie ist der direkte Gegensatz von Melancholie. Das Selbstgefühl ist krankhaft gesteigert und Lustgefühle erfüllen die Seele. Auch hier ist, wie wohl kaum wiederholt zu werden braucht, die Veranlassung nicht in äusseren, sondern in inneren Bedingungen und zwar gleichfalls in Ernährungsstörungen des Gehirns zu suchen.

Wie die schmerzliche melancholische Verstimmung, so zeigt auch die heitere maniakalische zwei Hauptmerkmale.

1. krankhaft erhöhtes Selbstgefühl,

2. abnorme Leichtigkeit des Vonstattengehens der psychischen Vorgänge.

Das erhöhte Selbstgefühl äussert sich in den verschiedensten Abstufungen als Behagen, Kraft und Lustgefühl. Die Vorstellungswelt ist voll von heiteren Bildern. Wie dem Melancholiker Alles grau in grau gefärbt erscheint und ihm jeder äussere Eindruck zu einer neueren Quelle des Schmerzes wird, so sieht der Maniakalische Alles hell und farbenfreudig, und die Wahrnehmung davon dient dazu, ihn noch höher zu stimmen.

Das geförderte Vonstattengehen der psychischen Thätigkeiten zeigt sich zunächst auf dem Gebiete des Vorstellungslebens als rasche Aneignung des sinnlich Wahrnehmbaren, ferner als beschleunigte Ideenverbindung, sogenannte Ideenflucht, als vorschnelles Urtheilen und Schliessen. Auf motorischem Gebiete ist vorzüglich die rasche Umsetzung der Vorstellung in Handlung bemerkenswerth. Dieser rasche Ablauf der psychischen Thätigkeiten erhöht dann seinerseits wieder das Kraft- und Selbstgefühl des Maniakalischen.

Als körperliche Begleiterscheinungen darf man Erhöhung der willkürlichen Innervation und Gefässerweiterung betrachten. Ueber die sonstigen körperlichen Begleiterscheinungen (s. Kap. 13).

Manie ist ebenfalls ein sehr wichtiges Element des Irrsinns. Aber als besondere Krankheitsform kommt sie viel seltener vor, als die Melancholie. Auch zeigt sie nicht das gleiche Beharrlichkeitsvermögen, sondern ist rascheren Umschlägen ausgesetzt. So stellt sie oft nur eine vorübergehende Periode im Verlaufe einer längeren Krankheit dar.

D. Der Zorn.

Auch der zornige Affekt gehört zu den Elementen des Irreseins und tritt alsdann hauptsächlich in Begleitung des maniakalischen Affektes auf. Der Zorn ist ein gemischter Affekt. Von der Manie hat er das erhöhte Selbstgefühl, von der Melancholie das Unlustgefühl.

Seine körperlichen Grundlagen sind wie bei der Manie Erhöhung der willkürlichen Innervation und Gefässerweiterung, zu denen noch Coordinationsstörungen der Muskeln treten. Das Gefässsystem ist in mächtiger Aufregung, das Herz arbeitet stürmisch, das arterielle System füllt sich, in den Venen treten Stauungen ein. Durch die Erweiterung der kleinen peripheren Blutgefässe wird die Haut, namentlich im Gesicht, geröthet, die Conjunctiven sind injicirt. Die „Zornadern“ an der Stirn schwellen an, auch an Hals und Händen. Auch der Bewegungsapparat ist in starker Spannung, die Glieder recken und strecken sich, der Affekt sucht sich durch an sich zwecklose und gewaltthätige Handlungen zu entladen. Der Zornige wüthet gegen seine Umgebung, zertrümmert die in seinem Bereiche befindlichen Gegenstände, vergreift sich an Personen, und sind keine zur Stelle, so legt er wohl auch Hand an sich selbst. Dabei ist die Herrschaft über die Muskeln zum Theil verloren gegangen, was uncoordinirte Bewegungen zur Folge hat. In den höchsten Graden des Affektes umnebelt sich das Bewusstsein und Zustände sinnloser Wuth treten ein. Daher heisst es mit Recht: ira furor brevis est. Die gewaltige Aufregung des Gefässsystems hat auch auf die Sekretionen, welche zum Theil vermehrt werden, Einfluss. Namentlich ist die Speichelsekretion vermehrt, wobei allerdings dahin gestellt bleiben muss, in wie weit das sogenannte Wuthschaumen nicht von ungeordneter Action der Lippen-, Wangen- und Schlundmuskeln herrührt.

Was den Zorn vor den anderen Affekten auszeichnet, ist seine kurze Dauer. Doch gilt dies mehr vom gesunden Affekt. Denn bei Geisteskranken kann sich zornwüthige Aufregung oft mit geringem Nachlass Wochen und Monate lang hinziehen. Diese Zustände sind nicht zu verwechseln mit der protrahirten motorischen Aufregung Melancholischer, welche nur Unlustgefühle und zwar bei verringertem Selbstgefühl zur Ursache haben.

E. Die Tobsucht.

Tobsucht ist zwar selbst kein Affekt, aber aus Affekt hervorgegangen. Sie ist auch nicht eigentlich eine besondere Krankheit an sich, sondern nur Zustandsform. Deshalb muss sie hier mit erwähnt werden.

Tobsucht ist eins der wichtigsten Elemente des Irreseins. Ihr Wesen besteht in einer von dem Grundaffekt getragenen starken motorischen Entäusserung und ist verschieden je nach dem Charakter desselben. So können wir eine melancholische und eine maniakalische Tobsucht unterscheiden (s. Kap. 14).

Temperament nennen wir die gewohnte Stimmung des Menschen zusammen mit dem Grade der Reizempfänglichkeit für Seelenreize.

Von Alters her kennt man die auch unsrer heutigen Erkenntniss noch sehr gut sich anpassende Eintheilung in vier Temperamente, nämlich das melancholische, sanguinische, cholerische und phlegmatische Temperament.

Dem melancholischen Temperamente mit erhöhter Reizbarkeit für ängstliche und traurige Eindrücke entspricht der krankhafte Affekt der Melancholie, dem sanguinischen mit erhöhter Reizbarkeit für freudige Eindrücke entspricht die Manie und dem cholerischen der Affekt des Zornes, während das phlegmatische Temperament nur der Ausdruck normaler Erregbarkeit für seelische Reize ist, obgleich in der populären Bedeutung des Wortes gewöhnlich eine verringerte Erregbarkeit darunter verstanden wird.

Da unter allen Formen von Geisteskrankheiten die Affekte vorzugsweise nur in der Melancholie und Manie eine Rolle spielen, bezeichnet man dieselbe auch mit dem Namen: affektives Irresein.

Zweites Kapitel.

Die Elementarstörungen auf dem Gebiete der Vorstellung.

A. Die Sinnestäuschungen.

Die Sinne sind mit Recht Pforten des Geistes genannt worden. Denn nur was durch die Sinne in unser Vorstellungsleben eingezogen ist, wird zu unserem geistigen Besitzthume. Auch unser gesammtes abstraktes Denken findet seinen letzten Grund nur in sinnlichen Wahrnehmungen. Daher sagten schon die Alten: quod non est in sensu, non est in intellectu.

Es liegt demnach auf der Hand, dass, wo Sinneswahrnehmungen durch krankhafte Vorgänge gefälscht wurden oder wo Sinneswahrnehmungen auftauchen, die mit der wirklichen Welt gar nichts gemein haben, auch der Vorstellungsinhalt ganz oder theilweise gefälscht werden muss und dass falsche Urtheile die Folge sein müssen. Deshalb gehören Sinnestäuschungen zu den wichtigsten Elementen des Irreseins. Weniger allerdings im

affektiven Irresein enthalten, dienen sie hauptsächlich den Formen, die wir als Paranoia (Wahnsinn oder Verrücktheit) bezeichnen, zur Grundlage, sind wenigstens treue Begleiter derselben.

Wir schicken noch voraus, dass wir hier unter Sinnestäuschungen nicht die gewöhnlichen optischen Täuschungen, denen gesetzmässig auch das gesunde Auge unterliegt, so z. B. die bekannte optische Täuschung, dass wir den Vollmond am Horizont regelmässig viel grösser erblicken, als im Zenith, sondern lediglich kranke Zustände begreifen.

Wir unterscheiden zwei Arten von Sinnestäuschungen, nämlich Hallucinationen und Illusionen. Unter Hallucination verstehen wir eine Sinneswahrnehmung, der gar kein äusseres Objekt entspricht, unter Illusion eine solche, wo ein wirklich vorhandener Gegenstand eine falsche Deutung erhält. Der Hallucinant hört Geräusche oder Stimmen, sieht Gestalten, die gar nicht vorhanden sind, — der in Illusionen Befangene dagegen giebt dem wirklich Gehörten und Gesehenen nur eine falsche Deutung. Es sind Hallucinationen, wenn ein Delirant Ratten und Mäuse sieht, oder wenn einem Anderen eine Stimme aus der Wand Schimpfnamen zuflüstert, — sofern diese Sinneswahrnehmungen durch keinerlei äussere Gegenstände hervorgerufen werden. Dagegen ist es eine Illusion, wenn der Kranke aus den Treppenhäusern an der Wand Teufelsfratzen herausdeutet oder eine Wahnsinnige in der Stimme einer ganz fremden Person die ihres Mannes mit Bestimmtheit zu erkennen glaubt.

1. Die Hallucinationen. Sie entstehen, wie gesunde Sinneswahrnehmungen, auf psychisch-sensoriellem Wege, durch Inanspruchnahme des Sinnesapparats und Hinzutritt des Bewusstseins, — und zwar jedesmal dann, wenn in einer der zur gesunden Sinneswahrnehmung nothwendigen organischen oder psychischen Bedingungen eine Störung eingetreten ist.

Organische Begründung einer Sinneswahrnehmung ist der Sinnesapparat. Er besteht aus drei Haupttheilen, erstens dem äusserem Sinnesorgane zur Aufnahme der von Aussen kommenden Sinnesreize, zweitens dem Gehirntheile, welcher die geistige Umwandlung des zunächst rein körperlichen Vorgangs in Vorstellung vermittelt (das Organ der psychischen Metamorphose), drittens dem beide Theile verbindenden Strang, nämlich dem Sinnesnerv.

Der alte Vergleich von Nervenleitung mit elektrischer Leitung ist wenigstens mit Bezug auf den Sinnesapparat gewiss nicht unpassend. Denn der Vorgang bei Aufnahme und Uebertragung des Sinnesreizes ähnelt in allen Stücken dem Telegraphendrahte, wobei das äussere Sinnesorgan der Aufgabestation, der Gehirntheil der Endstation und der Sinnesnerv dem Drahte entspricht. Ebenso ferner, wie falsche oder verstümmelte Depeschen anlangen, wenn an der Aufgabe- oder Endstation der Apparat nicht in Ordnung

ist, ebenso, darf man schliessen, werden auch Sinneseindrücke falsch wahrgenommen, sobald in einem der drei Haupttheile des Sinnesapparates krankhafte Veränderungen vorhanden sind. Die krankhafte Veränderung braucht also nicht immer, wie noch vielfach angenommen wird, im Gehirn (central) sich zu finden, sondern ist nicht selten auch in der Peripherie zu suchen, in der Netzhaut, im Labyrinth u. s. w. Netzhauterkrankungen z. B. als Begleiterscheinungen der chronischen Nervenerkrankung verursachen unter Umständen Gesichtshallucinationen. Erhalten wir einen Schlag auf's Auge, so tritt durch die Erschütterung der Netzhaut und des Sehnerven Funkensehen ein, d. h. es kommt uns nicht blos so vor, als ob wir Funken sähen, sondern wir sehen sie wirklich. Diese Sinneswahrnehmung würde sich zu einer wirklichen Hallucination erheben, wenn wir sie auf wirkliche ausser uns erzeugte Funken bezögen, während wir uns vielmehr der mechanischen Veranlassung und der durch diese bewirkten Augenerschütterung, mithin der organischen Ursache, bewusst bleiben. Viel zahlreicher aber sind die Fälle, wo wir uns der organischen Ursache nicht so bewusst werden, weil sie langsam und allmählich einwirkt. Dies gilt z. B. bei gewissen Hallucinationen des Gehörs, welche durch chronische Katarrhe der Paukenhöhle, der Eustachischen Röhre, des äusseren Gehörganges, oder auch nur durch Ohrenschmalzpfropfen hervorgerufen werden. Die hierdurch erzeugten subjectiven Geräusche, wie Wasserfallrauschen und Glockenläuten, werden nicht selten als wirkliche, von Aussen kommende Geräusche hallucinatorisch verwerthet. Noch schwerer wird natürlich die richtige Deutung, wenn der Sitz der Erkrankung noch verborgen, im Gehirntheile selbst, liegt. Hier bleibt dem Kranken die innere Ursache ganz verhüllt und er lernt allmählich, wenn sich auch anfänglich sein Verstand dagegen sträuben mag, an die Wirklichkeit der falschen Sinneswahrnehmung glauben.

Die psychische Thätigkeit bei der Sinneswahrnehmung begreifen wir unter den Namen Perception und Apperception. Unter Perception verstehen wir die Umwandlung des ursprünglichen Körperreizes in Vorstellung und das Bewusstwerden dieser Vorstellung, — unter Apperception die Einfügung der percipirten Vorstellung in unser Selbstbewusstsein und die Verschmelzung mit dem vorhandenen Vorstellungsmaterial. Blos percipirte Vorstellungen gehen, ohne Eindruck zu hinterlassen, an unserem geistigen Auge vorüber, erst nachdem sie auch appercipirt werden, gehören sie zu unserem geistigen Besitzthume.

Diese zur Sinneswahrnehmung erforderlichen psychischen Thätigkeiten der Perception und Apperception werden wesentlich unterstützt, ja überhaupt nur ermöglicht durch Aufmerksamkeit. Unter letzterer versteht man einen, jedem Selbstbeobachter wohl-

bekannten eigenthümlichen Erregungszustand, eine zur Aufnahme von Vorstellungen bereite Spannung des Geistes. Sehr häufig aber fehlt diese Aufmerksamkeit für Sinneseindrücke. Es ist eine alltägliche Erfahrung, dass wir uns fortwährend Sinneswahrnehmungen entgehen lassen, obgleich sie von den Sinnesapparaten getreu zum Centrum rapportirt werden; theils unterbleibt es, weil uns die Eindrücke so gewohnt sind, dass wir nicht mehr besonders auf sie achten, theils, weil unser Geist gerade mit anderen Vorstellungen beschäftigt ist. Wir gehen in Gedanken versunken die Strasse entlang, und sehen bei offenen Augen weder Häuser noch Bäume, noch Menschen, noch hören wir die Stimme des uns anrufenden Freundes. Wir lesen mitunter eine oder mehrere Seiten im Buche herunter, ohne zu wissen, was wir gelesen haben. Oft erst viel später tauchen wieder einzelne Bilder oder Worte aus der Nacht der Vergessenheit auf, zum Beweise, dass sie wenigstens seiner Zeit percipirt worden sind, wenn auch zur Apperception die nothwendige Aufmerksamkeit gefehlt hat. So verläuft auch eine in voller Ordnung aufgegebene telegraphische Depesche nutzlos und versinkt, so zu sagen, in's Nichts, wenn an der Endstation Niemand da ist, sie aufzunehmen.

Ebenso nun, wie mangelnde Aufmerksamkeit Sinneswahrnehmungen zu verhindern vermag, so kann sie auch dazu beitragen, sie zu fälschen und äussere Objekte da vorzutäuschen, wo keine vorhanden sind. Namentlich wird dies jedesmal der Fall sein, wo, wie dies bei Geisteskrankheiten vorzukommen pflegt, ausser der Aufmerksamkeit auch noch die Besonnenheit fehlt. Denn hierdurch wird die in gesundem Zustande sonst geübte Kritik verhindert. So werden im Ohr entstandene Geräusche nach Aussen verlegt, ebenso entoptische Bilder, wie das bekannte „Mückenfliegen", die der aufgeregte Delirant ohne Weiteres als Ratten und Mäuse anspricht.

Auch Erinnerungsbilder können zu Hallucinationen führen. Wenigstens darf man annehmen, dass unter Umständen die Energie des Vorstellens so gesteigert werden kann, dass die heraufbeschworenen Bilder wie wirkliche, in dem äusseren Raume projicirte sich ausnehmen.

Denn für alle Hallucinationen, mögen sie entstanden sein, wie sie wollen, gilt das Gesetz, dass sie ebenso, wie die gesunden Sinneswahrnehmungen, stets nach Aussen verlegt werden. Diese nach dem Causalitätsgesetz erfolgende direkte und unmittelbare Beziehung jedes Sinneseindruckes auf die Aussenwelt ist der Grund, warum das Bewusstsein auch die lediglich innerlich begründeten krankhaften Sinneseindrücke stets auf einen äusseren Gegenstand beziehen muss, höchstens von den wenigen Fällen abgesehen, wo der körperliche Vorgang zum unmittelbaren Bewusstsein kommt. Dies erklärt auch, warum Hallucinationen

meist mit der Unmittelbarkeit und imponirenden Sicherheit gesunder Sinneswahrnehmungen in das Bewusstsein treten. Gewiss sind auch hier viele Abstufungen vertreten, von der schattenhaften kaum über die farblosen Umrisse eines Erinnerungsbildes herausgehenden Vision bis zum plastisch greifbaren Gegenstande, von der blossen lebhaften Vorstellung eines Wortes bis zum wirklich deutlich Gehörten. Aber es macht auch erklärlich, weshalb es bei ausgebildeten Hallucinationen ganz vergeblich ist, den Kranken die Realität derselben ausreden zu wollen.

Hallucinationen brauchen nicht nothwendig mit Geisteskrankheiten verbunden zu sein. Aber sie sind erstens die wichtigsten Symptome des Irreseins nicht blos, sondern auch eine Ursache desselben.

Hallucinationen können vorkommen:

a) bei übergrosser Erregbarkeit des Nervensystems, wie sie nach langer Schlaflosigkeit, geistigen und körperlichen Ueberanstrengungen, ferner in Erschöpfungszuständen durch Blutverluste und langes Hungern beobachtet wird, — Umständen, denen anatomisch Anämie des Gehirns entspricht. Prädisponirt sind Personen mit lebhafter Phantasie, wie Dichter, Künstler, Ascetiker, Einsiedler u. dergl.
b) bei Vergiftungen mit gewissen Giften, wie Opium, Belladonna, Haschisch u. s. w., denen man eine erregende Wirkung auf das Sinnhirn zuschreiben muss,
c) im Fieberdelirium,
d) in allen Krankheiten, wo man eine Steigerung der Gehirnerregbarkeit anzunehmen berechtigt ist, also bei der Hysterie, der Epilepsie und endlich im Irrsinn.

Wo Hallucinationen als Begleiterscheinung des Irreseins auftreten, werden sie wegen der Trübung des Bewusstseins und fehlender Besonnenheit nur selten von wirklichen Gegenständen unterschieden und als krankhafte Erscheinungen erkannt. Namentlich ist dies der Fall, wo zwei oder mehrere Sinne zugleich halluciniren und so die falschen Wahrnehmungen des einen die des andern unterstützen.

Hallucinationen, die nicht sofort als unwirklich erkannt werden, sind stets auch in klinischem Sinne als krankhaft zu bezeichnen. Denn sie zeugen jedenfalls von Trübungen des Selbstbewusstseins und unzureichender Kritik und ziehen, selbst wenn noch keine andern Symptome des Irrsinns vorhanden sein sollten, wie dies im Beginn von Psychose vorkommen kann, unfehlbar später solche nach sich. Nur solche unerkannt gebliebenen Hallucinationen sind als echte zu bezeichnen.

Meist sind die Hallucinationen dem herrschenden Grundaffekt und dem Vorstellungsinhalte angemessen. Der Melancholiker wird

niemals Hallucinationen heiteren, der Maniakalische keine traurigen Inhalts haben. Mitunter nehmen sie geradezu die Gestalt der gerade im Fokus des Bewusstseins stehenden Vorstellung an. So giebt es Kranke, die sich darüber beklagen, dass ihnen das, was sie gerade lesen, von Andern nachgesprochen wird, oder dass ihnen Andere ihre Gedanken ausspioniren und vorsprechen.

2) *Illusionen* sind falsche Deutungen eines wirklich vorhandenen äusseren Gegenstandes. Sie kommen vielfach auch im gesunden Seelenleben vor. Krankhaften Charakter in irrenärztlichem Sinne erhalten sie erst, wenn sie in Gesellschaft anderer Symptome auftreten und hartnäckig wiederkehren.

Illusionen werden noch mehr, wie Hallucinationen durch mangelnde Aufmerksamkeit verschuldet. Deshalb sind sie in Affekten des Zorns, der Furcht, der religiösen Extase, überhaupt da, wo auch Besonnenheit fehlt, häufig anzutreffen.

Die falschen Deutungen der äusseren Objekte im frühesten Kindesalter, wo das Kind z. B. in jedem Manne den Vater zu erkennen glaubt, erklären sich aus der geringen Erfahrung der Kinderseele, welche noch wenig Beobachtungsmaterial gesammelt und noch weniger vergleichende Beobachtungen gemacht hat. Umgekehrt verhält es sich bei den illusorischen Personenverwechselungen Irrer. Hier ist das vorhanden gewesene Vorstellungsmaterial zum grossen Theil schon verschwunden und das illusorische Bild wird nur nach gewissen zufälligen Aehnlichkeiten mit Hilfe der ergänzenden Phantasie zusammengesetzt.

Illusionen pflegen deshalb Zeichen eines tieferen intellektuellen Verfalles zu sein, als Hallucinationen und werden am häufigsten in den Schwächezuständen des Irreseins, nämlich im Blödsinn und der schwachsinnigen Paranoia beobachtet.

Vorkommen der Sinnestäuschungen. Sinnestäuschungen kommen bei allen fünf Sinnen vor. Hallucinationen werden am häufigsten am Gesichts- und Gehörsinn, und zwar an ersterem in akuten und an letzterem in chronischen Fällen beobachtet. Nächstdem sind Geruchshallucinationen wichtig. Ihr Inhalt ist stets Unlustgefühle dokumentirend, da nur widrige Gerüche, z. B. von Leichen, hallucinirt werden. Beim Geschmackssinn kann man nur von Illusionen sprechen. — Eine besondere Stellung nimmt der Gefühlssinn ein. Da er sich nicht auf Gegenstände der Aussenwelt, sondern nur auf Zustände des eigenen Körpers bezieht, so sind Hallucinationen bei ihm überhaupt ausgeschlossen. Aber auch die Illusionen desselben verhalten sich anders, als die anderer Sinne, indem sie sofort als Wahnideen auftreten. (S. u.)

Diagnose der Sinnestäuschungen. Illusionen sind leicht zu erkennen, sofern sie vom Kranken ausgesprochen werden, da ja alsdann der illusionäre Irrthum auf der Hand liegt. Schwieriger kann die Diagnose der Hallucinationen werden und nicht selten

kommen hierbei Verwechselungen mit anderen Irreseinssymptomen vor.

Solche Verwechslungen sind u. A.:

a) Traumbilder spielen in das wache Bewusstsein herüber, werden vom Kranken als wirkliche Erlebnisse geschildert und können dann irrthümlich als Hallucinationen aufgefasst werden; z. B.: eine Kranke hat im Traume ihr Haus abbrennen sehen, kann aber nicht mehr zwischen Traumbild und Sinneswahrnehmung genau unterscheiden.

b) Die phantastische Welt von Königen, Kaisern, Heiligen, in die sich manche Paranoische entrückt glauben und in der sie selbst ihre Rolle sprechend und handelnd spielen, giebt Veranlassung, mitunter Hallucinationen anzunehmen, wo in der That keine solchen vorliegen; z. B.: eine Kranke setzt sich einen Epheukranz auf's Haupt und spricht mit vornehmer, herablassender Miene zum Fenster hinaus. Man braucht darum noch nicht an eine Hallucination zu denken. Vielmehr spielt sie nur einfach ihre Rolle. Sie weiss recht gut, dass Niemand da ist, aber sie stellt gerade eine Königin vor, die Huldigungen empfängt.

c) Eine Vorstellung tritt lebhaft ins Bewusstsein und erregt dort einen Affekt. Die Vorstellung wird nur mit der Erinnerung an eine vermeintliche Thatsache verwechselt; z. B.: ein Kranker beklagt sich, dass er geschlagen worden sei, oder er sagt, dass er Besuch gehabt habe, während Beides nicht der Wirklichkeit entspricht.

Am leichtesten wird natürlich die Diagnose sein, wenn die Kranken, wie dies bei gebildeten Personen nicht selten vorkommt, sich selbst über ihre Sinneswahrnehmungen Rechenschaft geben und sich offen aussprechen. Es giebt aber auch Viele, die dies nicht thun und die ihre Hallucinationen, selbst wenn sie darauf hin examinirt werden, beharrlich verheimlichen (dissimuliren). Alsdann kann man nur durch bezeichnendes Verhalten des Kranken zur Diagnose geführt werden. Solche significatorische Symptome sind unter Anderem: Hinhorchen nach einem Punkt, z. B. nach einer Stubenecke, Klopfen an die Wand, unverwandter Blick in eine bestimmte Richtung, Flüstern oder lautes Vorsichhinsprechen, Umherwerfen mit Schimpfwörtern, plötzliches zorniges Auffahren, Verstopfen der Ohren, der Schlüssellöcher, der Ofenröhre u. s. w.

B. Die Wahnideen.

Wahnideen sind falsche Vorstellungen und Urtheile, die sich vom blossen Irrthum durch ihre krankhafte Begründung unterscheiden. Strenggenommen würde demnach schon die Hallucination eine Wahnidee vorstellen, denn sie ist auch eine krank-

haft begründete falsche Vorstellung. Aber dies versteht der Sprachgebrauch nicht darunter. Wir nennen vielmehr nur die zu wirklichen Urtheilen sich erhebenden krankhaften Vorstellungen Wahnideen. Wahnideen entstehen, wie gesunde, auf anschaulichem Wege und durch Verknüpfung und Weiterentwicklung anschaulicher Ideen zu abstracten und Gesammtideen. Der logische Mechanismus ist dabei ganz ungestört. Der Schluss erscheint folgerichtig, wie beim Gesunden, nur dass er auf falschen, d. h. krankhaft bedingten Voraussetzungen aufgebaut ist.

Wahnideen können auf einfache Weise zu Stande kommen.

1. Durch Sinnestäuschungen, namentlich Hallucinationen. Dies ist eine nicht seltene Entstehungsart und wird regelmässig dort beobachtet, wo Hallucination als erstes Symptom einer vorhandenen psychisch-sensoriellen Reizung auftreten. Der Zusammenhang zwischen beiden ist unschwer zu begreifen. Denn da unser gesammtes Urtheilen und Denken am letzten Ende von anschaulichem Vorstellungen abhängt, so liegt es auf der Hand, dass, wo der Vorstellungsinhalt durch krankhafte Sinneseindrücke gefälscht ist, auch die hiervon abhängigen Schlüsse und Urtheile krankhaft beeinflusst werden müssen. Dies wird um so eher der Fall sein, wenn entweder die Hallucinationen mit grosser sinnfälliger Deutlichkeit auftreten, oder wenn sie sich häufig wiederholen, was namentlich bei Gehörshallucinationen der Fall zu sein pflegt, oder endlich, wenn zwei oder mehrere Sinne halluciniren. Namentlich letzterer Umstand ist sehr wichtig. Wenn nur ein Sinn betheiligt ist und die Hallucinationen nicht sehr häufig auftreten, so braucht es längere Zeit, bis der durch die gefälschten Vorstellungen beeinflusste Intellekt zur Bildung von Wahnideen schreitet. Auch die hierdurch bedingte krankhafte Umwandlung der geistigen Persönlichkeit bleibt manchmal lange Zeit noch eine beschränkte, insofern als die gesunden Bewusstseins-Elemente, welche der Persönlichkeit ihren Stempel aufdrücken, noch die Oberhand haben und nun gewissermassen durchsetzt von äusserlich hervorragenden krankhaften Auswüchsen erscheinen. Werden aber die krankhaften Wahrnehmungen des einen Sinnes durch die eines andern unterstützt, so ist ein viel grösseres Gebiet des Vorstellungslebens in Anspruch genommen, Wahnideen kommen viel leichter zu stande und beherrschen den Kranken mit der Zeit so, dass sie ihn in eine ganz andere geistige Persönlichkeit verwandeln, die den wirklichen Verhältnissen grösstentheils entrückt, nur noch in einer wahnhaften Vorstellungswelt dahinlebt.

Diejenige Form des Irreseins, in deren Verlaufe nicht blos Hallucinationen überhaupt eine grosse Rolle spielen, sondern wo letztere geradezu als Ursache der Wahnideen, sowie der ganzen

wahnhaften Umwandlung der Persönlichkeit, auftreten, nennt man hallucinatorische Paranoia.

2. Primäre Wahnideen. Sie sind daran kenntlich, dass sie plötzlich ohne Vorboten, namentlich ohne dass ein Affekt oder eine Hallucination vorangegangen wäre, bei scheinbar ganz gesunden Personen aus der Tiefe des Unbewussten aufsteigen. Den Kranken selbst anfangs überraschend und verblüffend, drängen sie sich doch alsbald in den Vordergrund und beherrschen das Vorstellungsgebiet in weitem Umfange.

Auch pflegen sie sich dadurch auszuzeichnen, dass ihr Inhalt keineswegs, wie dies bei anderen Wahnideen der Fall zu sein pflegt, ein übertriebener oder barocker ist. Sondern sie bewegen sich scheinbar in der Breite der Gesundheit und sehen blossen Irrthümern sehr ähnlich. Sehr häufig lässt sich alsdann die Wahnidee aus dem Charakter des Kranken ableiten, sodass sie nur eine Steigerung des Temperaments und des gewohnten Gedankenganges desselben darstellt. So neigt ein misstrauischer Charakter leicht zu Beeinträchtigungs-, ein hochmüthiger zu Ueberschätzungs-, ein eitler zu Liebeswahnideen.

Die eigne Persönlichkeit steht überhaupt bedeutend im Vordergrunde und die Beziehungen zur Aussenwelt werden, selbst in an sich ganz gleichgiltigen Dingen, wesentlich hierdurch mitbestimmt. Solche Kranke beziehen Alles auf sich und geben ihm eine auf ihre Persönlichkeit bezügliche Deutung. So hört der Eine hinter sich husten und meint, man wolle ihn verspotten, der Andere wittert hinter den Worten des Predigers persönliche Anspielungen, die Dritte glaubt, ihretwegen, um sie zu feiern, ständen Gedichte in der Zeitung. Richtig aufgefasster Thatsachen wird also eine persönliche Beziehung, die ihnen nicht zukommt, angedichtet.

Die anatomische Grundlage ist hier noch ganz unklar. Wir wissen nur, dass diese Wahnideen fast ausschliesslich bei erblich oder organisch Belasteten vorkommen und nehmen an, dass sie in angeborenen materiellen Abweichungen im ferneren Bau des Gehirns begründet sein müssen. Dem Kranken bleibt dieser in die Tiefe der eigenen Organisation zurückführende Ursprung natürlich verborgen. Er sträubt sich vielleicht noch eine Zeit lang gegen die Annahme und führt sich Vernunftgründe dagegen auf. Aber meist erweist sich bald der organische Zwang als zu stark, und namentlich, wenn die Wahrnehmung scheinbar unterstützende Ereignisse hinzutreten, oder, was auch nicht selten ist, wenn Hallucinationen mit in's Spiel kommen, hält keine Ueberlegung mehr Stich, und die Wahnidee wird als Thatsache hingenommen.

Diese Wahnideen sind charakteristisch für die sogenannte primäre Paranoia, (s. Kap. 15).

3. *Wahnideen als Erklärungsversuche des eigenen krankhaften Zustandes.* Dieselben kommen nur im *affektiven Irresein* (s. Kap. 13) und den damit verwandten Zuständen des Affekt-Stadiums der Paralyse (s. Kap. 20) vor. Eine melancholische Kranke z. B., welche von schwerer Herzensangst gepeinigt, ruhelos umherirrt, sucht nach Gründen für ihre Angst, findet dieselben in ihrer sündhaften Vergangenheit, und die Wahnidee, sie sei von Gott verlassen und in Ewigkeit verdammt, erwacht. — Oder einem maniakalischen Kranken, den der lebhaft sich treibende Gedankenfluss und die Fülle der auf sein Bewusstsein einstürmenden Ideen in Entzücken versetzt, drängt sich die Idee auf, er sei ganz besonders gottbegnadet, er sei ein Genie und zum Reformator berufen.

Hier drängen sich also dem Kranken die Wahnideen als Erklärungsgrund für den ihm fast unerklärlich bleibenden Zustand des eigenen Innern auf. Man braucht sich dabei den Vorgang nicht so zu denken, als ob die Kranken darüber reflektirten und dass nun die Wahnidee als letztes Resultat einer verstandesmässigen Operation aufträte. Vielmehr darf man annehmen, dass in den meisten Fällen die Idee ohne alle Reflexion blitzähnlich aus der Tiefe hervorbricht, den Kranken Anfangs selbst blendend und überraschend, aber ihm doch ihr trügerisches Licht zur Aufhellung seines dunkeln Innern unausweichbar aufdrängend.

4. *Wahnideen durch Allegorisirung körperlicher Empfindungen.* Allegorisirungen körperlicher Empfindungen kommen beim gesunden Menschen nur im Traumleben vor, bei Geisteskranken aber finden wir sie nicht selten als bleibende Wahnidee. Vorzugsweise kommen sie in den Eingeweide- und den sensiblen Hautnerven vor. So steigern sich die dyspeptischen Empfindungen der Magennerven bei Melancholikern zu Vergiftungswahn, die wurmförmigen Bewegungen des Darmes werden als Schlangen, schwirrende Geräusche im Kopfe als Vogelgezwitscher, Anästhesien der Hautnerven der Füsse als Glasfüsse, allgemeinere Hautanästhesien als Gestorbensein, gewisse fremdartige Empfindungen in den Kopfnerven als Elektrisirtwerden u. s. w. allegorisirt. Diagnostisch sind solche Allegorisirungen wichtig, weil sie uns auf peripherische Erkrankungen hinweisen können, deren Beseitigung für den Gesammtverlauf von Nutzen sein kann. Ebenso wie z. B. erotische Aufregung häufig Folge eines starken Reizes der Genitalien ist, nach dessen Beseitigung sich erstere gleichfalls verliert.

Allegorisirende Wahnideen finden sich in allen Formen des Irreseins.

Die Wahnideen kommen übrigens nicht ausschliesslich auf einem der genannten vier Wege zur Ausbildung, sondern meist pflegen mehrere Ursachen zusammenzuwirken. So verbinden sich

Hallucinationen häufig mit den aus dem affektiven Irresein entstandenen und noch häufiger mit primären Wahnideen. Auch Träume dienen mitunter zur Bildung von Wahnideen. Es ist dies namentlich bei Schwachsinnigen der Fall, welche die Traumvorstellung nicht mehr von einem wirklichen Erlebniss zu unterscheiden vermögen.

Der Inhalt der Wahnideen ist abhängig: Erstens von der Krankheitsform, beziehungsweise von der anatomischen Grundlage der letzteren. Gleiche Ursachen erzeugen gleiche Symptome. Wir kennen deshalb eine Reihe Wahnvorstellungen, die für gewisse Krankheitsformen typisch sind, so den Angst- oder Verfolgungswahn bei ängstlichen Melancholikern, den Versündigungs- oder Verarmungswahn bei schmerzloser Melancholie, den Grössen- und Verfolgungswahn bei primärer Paranoia (s. Kap. 15), den Grössenwahnsinn der Paralytiker (s. Kap. 20), den Wahn ehelicher Untreue bei Alcoholisten (s. Kap. 18), den Leerheitswahn bei Altersblödsinnigen (s. Kap. 19). Für diese typischen Wahnideen hat Griesinger die Bezeichnung Primordialdelirien eingeführt.

Zweitens von der Höhe des Affekts im affektiven Irresein. So sind bei einem an leichter Manie Leidenden auch die Ueberhebungsideen noch gemässigter, von der Wirklichkeit noch nicht so entfernt, als die Grössendelirien eines schwer Maniakalischen; die einfach wehleidige Melancholikerin, die nur an Verkennungsempfindungen delirirt, erhebt sich noch nicht zur Höhe einer mit verzweiflungsvollstem Versündigungswahn ringenden Kranken.

Drittens von dem Charakter derjenigen peripherischen Zustände, durch deren Allegorisirung überhaupt Wahnideen hervorgerufen werden (s. u. 4).

Wahnideen sind etwas aus der Person des Kranken Geborenes. Darum haftet ihnen auch immer eine individuelle Färbung an. Sie sind abhängig vom Stand und Bildungsgrad des Kranken, überhaupt von dessen persönlichen Verhältnissen. Denn auch bei Wahnideen schöpft der Kranke aus dem Inhalte seiner bisherigen gesunden Vorstellungen. So wird ein ungebildetes Landmädchen Wahnideen anderen Inhalts und anderer Färbung zu Tage fördern, als eine Salondame, wenn auch sonst die Krankheitssymptome noch so ähnlich sich verhalten sollten. Ein Priester wird im melancholischen Versündigungswahn anders deliriren, als der Officier u. s. w.

Zugleich aber sind wir auch Kinder unserer Zeit. Darum haben von jeher die Ideen, welche ein Zeitalter beherrschen, auch den Wahnvorstellungen kranker Köpfe ihren Stempel aufgedrückt. Vor Jahrhunderten trug der Verfolgungs- und Versündigungswahn Melancholischer den Charakter des Besessen- und Bezaubertseins an sich. Heute knüpft primärer Verfolgungswahn gern an geheime

Gesellschaften, Jesuiten und Freimaurer an. Der jetzt so häufige Wahn, elektrisirt zu werden, war vor 100 Jahren, — der, dass man durch das Telephon chikanirt werde, vor 10 Jahren noch nicht möglich. Der bis nach dem Reformationszeitalter so häufige Wahn, ein Wehrwolf zu sein, kommt als Symptom des Metamorphosenwahns gar nicht mehr vor. Auch die Nationalität kommt hierbei in Betracht, wobei wiederum der endemische Aberglaube eine Rolle spielt, z. B. der in den südslavischen Ländern herrschende Aberglaube des Vampyrismus, den man in den Wahnideen eines deutschen Bauern vergeblich suchen würde.

Wahnideen kommen bei fast allen Irreseinsformen vor. Namentlich aber sind sie charakteristische Merkmale des Wahnsinns und der Verrücktheit (Paranoia).

Unter diesen Bezeichnungen, welche man früher noch streng unterschied, jetzt aber mehr gemischt gebraucht, versteht man, allgemein gesprochen, ein meist chronisch verlaufendes, nicht affektives, also nicht unter melancholischen und maniakalischen Erscheinungen verlaufendes, sich aber stets durch das Vorherrschen von Wahnideen kennzeichnendes Irresein.

Man unterscheidet eine primäre und eine sekundäre Form der Paranoia. Unter primärer Paranoia (Wahnsinn, Verrücktheit) versteht man diejenige Form, der kein Affektiv-Irresein vorangegangen, die vielmehr aus primären oder durch Hallucinationen erzeugten Wahnideen hervorgegangen ist.

Unter sekundärer Paranoia (Verrücktheit) versteht man diejenige Form, die sich aus vorangegangener Melancholie oder Manie entwickelt (s. Kap. 14).

Drittes Kapitel.

Die Elementarstörungen auf dem Gebiete der Vorstellung.

(Schluss.)

C. Die Zwangsvorstellungen.

Zwangsvorstellungen sind Vorstellungen meist fremdartigen, oft barocken Inhalts, die scheinbar ganz unvermittelt und in fortwährender Wiederholung, ohne dass das Bewusstsein sich ihrer erwehren kann, also zwangsweise, sich diesem aufdrängen.

In der Art ihrer Entstehung ähneln sie den primären Wahnideen und haben mit diesen, sowie mit Wahnideen überhaupt, das Gemeinsame, dass sie zu Zwangshandlungen führen, — unterscheiden sich aber dadurch, dass sie nicht für wahr hingenommen werden, sondern als krankhaft erkannt werden und dem übrigen Gedankeninhalte fremdartig gegenüberstehen bleiben.

Der Inhalt der Zwangsvorstellungen ist unendlich verschieden. Es ist deshalb auch kaum möglich, denselben zu klassifiziren. Am bekanntesten sind die folgenden Formen:

a) Die einfache Fragesucht. Es treten unaufhörlich sich aufzwingende, nach Beantwortung drängende Selbstfragen oft sehr allgemeinen und schwer zu beantwortenden Inhalts auf, z. B.: Was heisst Gott? Was heisst Welt? Warum ist $2 \times 2 = 4$? — Häufig werden Anschauungseindrücke mit herangezogen. Warum sieht der Buchstabe A so und nicht anders aus? Warum ist das Tischtuch viereckig und nicht rund? u. s. w. Da der Kranke über die Fragen zu grübeln anfängt und mit ihrer Beantwortung nicht fertig wird, nennt man diese Form auch Grübelsucht.

b) Die Zweifelsucht. Es drängt sich, jedesmal wider besseres Wissen, der Zweifel auf, ob man auch dies oder jenes recht gemacht habe, z. B. ob man auch die Hausthür verschlossen, ob man den Brief richtig abgegeben, ob man sich im Gespräch auch richtig ausgedrückt habe. Oder noch indifferenter: ob der Herr im schwarzen Leibrock, mit dem man eben gesprochen, nicht vielmehr einen Gehrock angehabt habe, ob die betreffende Blondine nicht vielmehr eine Brünette sei. — Auch schwerere Selbstbeschuldigungen in Begleitung von Affekten kommen vor: ob man nicht den Kranken, welche man bis zu ihrem Tode gepflegt, mit einem Messer den Hals abgeschnitten habe.

c) Die Platzfurcht (Agoraphobie) und verwandte Zustände. Sie besteht darin, dass die Kranken die Vorstellung haben, sie könnten keinen freien Platz überschreiten. Andere können keinen Bahnkörper überschreiten, weil sich ihnen dabei die Vorstellung aufdrängt, sie könnten überfahren werden, auch wenn hier keine weitere Veranlassung zu solcher Befürchtung vorliegt.

d) Contrastirende Zwangsvorstellungen. Contrastirende Ideen, die mit der eben gehabten Vorstellung oder mit der ganzen Situation in schroffem Widerspruche stehen, drängen sich auf, z. B. in der Kirche Gott zu lästern, seine liebsten Angehörigen todt zu sehen u. s. w.

Die Zwangshandlungen, zu denen Zwangsvorstellungen führen, sind sehr häufig impulsiver Art, z. B. der Drang, wenn man sich auf einem Thurme oder einer schroffen Höhe befindet, sich selbst oder einen Nebenstehenden hinabzustürzen, beim Gottesdienst eine Gotteslästerung auszusprechen. Nicht selten geben sie sich aber auch als planmässige, lang vorbereitete, dabei an sich nicht unzweckmässige Handlungen zu erkennen, z. B. wenn eine Kranke,

welche die Vorstellung hat, einen Mord begangen zu haben, bei der Behörde den Antrag auf Ausgrabung der Leiche stellt, um sich durch den Augenschein zu kuriren.

Nicht selten sind Zwangsvorstellungen mit unangenehmen körperlichen Gefühlen, z. B. Ziehen in den Beinen oder im Unterleibe, verknüpft, namentlich die unter c) genannten, denen die Vorstellung körperlichen Unvermögens gemeinsam ist.

Zwangsvorstellungen kommen auch beim Gesunden vor, besonders in Schwächezuständen nach grosser körperlich-geistiger Anstrengung. Sie sind also kein pathognomonisches Zeichen des Irreseins. Aber häufig führen sie dahin und sind namentlich bei erblich oder sonstwie Belasteten von übler Vorbedeutung.

D. Die Erinnerungsstörungen.

Unter Erinnerung versteht man das Auftreten von producirten Vorstellungen, unter Gedächtniss die Fähigkeit, gehabte Vorstellungen willkürlich reproduciren, d. h. sich erinnern zu können.

Die Erinnerung kann erleichtert, erschwert oder qualitativ verändert erscheinen.

Erleichtert ist sie in maniakalischen Zuständen als Theilerscheinung des erleichterten Ablaufes aller psychischen Thätigkeiten.

Erschwert ist sie a) in der Melancholie wegen der Hemmung eben dieser Thätigkeiten;

b) in allen geistigen Schwächezuständen, also auch, abgesehen vom eigentlichen Blödsinn, bei Ermüdung und Erschöpfung nach schweren, fieberhaften Krankheiten oder Blutverlusten, nach übergrosser geistiger Anstrengung, ganz besonders aber auch nach sexuellen, besonders masturbatorischen Excessen jugendlicher Personen.

Schwinden des Gedächtnisses ist die Folge des Unterganges von Vorstellungsmaterial überhaupt, wie er im Blödsinn oder anderen destruktiven Gehirnkrankheiten, z. B. der Paralyse (s. Kap. 20) vorkommt. Bei Hirnerkrankungen in Folge apoplektischer Anfälle hat man als Ausfallserscheinung auch theilweises Schwinden des Gedächtnisses, z. B. für Namen, Zahlen, Fertigkeiten u. s. w. beobachtet. Sehr häufig ist auch mangelndes Erinnerungsvermögen für Erlebnisse der jüngsten Vergangenheit, während es für weit zurückliegende Ereignisse, z. B. aus der Jugendzeit, erhalten ist. Der Grund hierfür ist meist in der Interesselosigkeit der Kranken zu suchen, die, nur mit sich beschäftigt, die Dinge nicht mehr so stark auf sich einwirken lassen, um geistige Abbilder davon zu behalten.

Qualitativ verändert erscheint bei Geisteskranken die Erinnerung nicht selten in der Art der Reproduktion, indem das

Erinnerungsbild zu dem Originalbilde und dem übrigen Vorstellungskreise noch Zuthaten beigemischt erhält, — oder auch, indem wesentliche Züge fehlen. Die Möglichkeit solcher qualitativer Erinnerungsstörungen muss man sich stets vor Augen halten, wenn man den Kranken nicht der Gefahr, falsch beurtheilt zu werden, aussetzen will.

Unter Erinnerungstäuschungen versteht man das nicht ganz seltene Vorkommniss, dass es dem Betreffenden so vorkommt, als habe er die Situation, in der er sich gerade befindet, schon einmal durchlebt, z. B. dieselbe Aussicht, vor der er unzweifelhaft zum ersten Male steht, schon einmal genossen, dieselben Worte schon einmal gehört, dieselben Gedanken schon einmal gedacht zu haben. Man hat diese, sowohl bei Gesunden als bei Geisteskranken vorkommenden Erinnerungstäuschungen auch Doppelwahrnehmungen genannt. Eine befriedigende wissenschaftliche Erklärung dafür steht noch aus. Theils hat man eine illusionäre Verwechslung der gegenwärtigen Vorstellung mit Erinnerungsbildern angenommen, theils die Hypothese von identischen und gleichzeitig erregten Vorstellungsganglien in den beiden Grosshirnhemisphären aufgestellt und das Phänomen nur dadurch erklärt, dass die Vorstellung der einen Seite hier etwas später zum Bewusstsein kam, als die der anderen Seite, wodurch der Anschein eines Erinnerungsbildes erweckt werde.

E. Der Stupor.

Unter Stupor versteht man einen Zustand psychisch-somatischer Hemmung, in welchem alle Thätigkeiten, vor Allem auch die Vorstellung, langsam und unvollständig von Statten gehen.

Auf vegetativem Gebiete zeigt sich die Hemmung in oberflächlicher Respiration, schwachem Herzstoss, verlangsamter Cirkulation, träger Verdauung und verringerten Ausscheidungen.

Die Reizaufnahme der sensiblen Hautnerven und der Sinnesnerven ist erschwert oder aufgehoben, in Folge dessen einerseits nicht selten allgemeine Hautanästhesie auftritt, andererseits die Bildung von Vorstellungen erschwert erscheint. Bewegungen, und zwar willkürliche sowohl wie Reflexbewegungen erfolgen gleichfalls langsam und zögernd.

Namentlich aber ist das Bewusstsein, d. h. die Vorstellung vom eigenen Ich, getrübt, wenn auch nicht ganz geschwunden. In Folge dessen ist auch die Apperception äusserer Reize behindert. Die äussere Haltung ist ein Spiegelbild der inneren Hemmung. Der Kranke verharrt meist unbeweglich, mit blöden oder erstaunten Mienen vor sich hin schauend. Willkürliche Bewegungen werden nur, soweit das Triebleben in Betracht kommt, und alsdann auch nur im langsamsten Tempo vollzogen.

Als anatomische Grundlage darf man eine, vermuthlich durch Anämie bedingte, Ernährungsstörung des Gehirns annehmen. Wenigstens trifft man stuporöse Zustände theils nach erschöpfenden Krankheiten oder sexuellen Ausschweifungen, theils auch nach Affekten, welche, wie der Schreck, mit vasomotorischer Gefässverengerung einhergehen.

Stupor kann in jeder Art des Irreseins vorkommen. Zur engeren Krankheitsform erhebt er sich im primären Blödsinn (s. Kap. 12). Auch der sekundäre Blödsinn als Endstadium ungeheilt gebliebener Psychosen (s. Kap. 13) entlehnt ihm seine bezeichnendsten Züge.

F. Störungen des Selbstbewusstseins.

Der Mensch ist zugleich erkennendes Subjekt und von sich selbst erkanntes Objekt. Selbstbewusstsein aber nennt man das unmittelbare Innewerden dieser Identität von erkennendem Subjekt und erkanntem Objekt, — oder was dasselbe sagen will, des gleichzeitigen, ausserhalb und innerhalb der uns umgebenden Welt Stehens.

Im gesunden Leben ist das Selbstbewusstsein vermindert oder ganz aufgehoben im Schlafe.

Ist das Selbstbewusstsein in krankhaften Zuständen ganz aufgehoben, so nennen wir den Zustand, sofern noch eine Erweckung möglich ist, Sopor, sofern nicht, Coma. Wir finden beide Zustände häufig in schweren idiopathischen Gehirnkrankheiten, Verletzungen oder Vergiftungen.

Zeitweiliges, gänzliches Schwinden des Bewusstseins kommt in Ohnmachten vor.

Theilweises Schwinden des Bewusstseins findet sich sehr häufig in verschiedenen Irreseinsformen, namentlich solchen, die von idiopathischen Gehirnkrankheiten ausgehen, wie die Paralyse und der Altersblödsinn, ferner auch bei Epilepsie und Alkoholismus. Die Perception der Sinneswahrnehmungen ist gestört, sodass später keine Erinnerung an den Zustand zurückbleibt. Oder die Perception ist zwar erhalten, dagegen die Apperception behindert. Der Kranke sieht und hört wohl, aber er kann die Wahrnehmung nicht deuten und assimilirt sie sich nicht, — es ist so gut, als hätte er die Dinge nicht gesehen und gehört. Trotzdem können solche Zustände, welche man mit dem Namen Seelenblindheit und Seelentaubheit belegt, zu Handlungen, oft gewaltthätigen Charakters führen, deren jedoch der Kranke sich weder bewusst ist, noch sich später erinnern kann.

Häufig ist das Begreifen der eigenen Persönlichkeit in Zeit und Raum erschwert oder aufgehoben. Die Kranken wissen nicht, wo sie sich befinden, erkennen die Oertlichkeit nicht und sind

über die Zeit im Unklaren. Selbst die ganze Vergangenheit versinkt mitunter, sodass sie entweder ganz vergessen oder mit einer anderen Persönlichkeit, als der eigenen, in Verbindung gebracht wird. Oder es haben sich aus der früheren Periode noch Bruchstücke des eigenen Ich erhalten. Hieraus erwachsen dann die Wahnideen einer doppelten oder vielfachen Persönlichkeit, deren Intellekt mit verschiedenen Ideenkreisen operirt. Mitunter wird auch aus dem Selbstbewusstsein die Empfindung des Subjekts eliminirt, sodass sich der Kranke nur als Objekt fühlt. Endlich kommen auch Fälle von Apperceptionschwäche vor, wo das unmittelbare Innewerden der Welt, sowie des eigenen Körpers als ausser uns stehendes Objekt verloren gegangen ist, — Zustände, welche den sogenannten nihilistischen Wahn, nämlich, dass überhaupt nichts mehr existire, erzeugen. Nicht unwahrscheinlicher Weise hängen solche Störungen des Selbstbewusstseins mit Rindenatrophie zusammen. Wenigstens sind sie häufige Begleiter des paralytischen (s. Kap. 20) und des Irreseins der Greise. (s. Kap. 19).

Viertes Kapitel.

Die Elementarstörungen auf dem Gebiete des Wollens und Handelns.

Die Handlungen kann man in unbewusste und bewusste eintheilen, — letztere, mit denen wir es hier zunächst allein zu thun haben, in triebartige, automatische und motivirte Handlungen.

A. Elementarstörungen des Trieblebens.

Mit dem gesunden Menschen hat der Irre den Nahrungs- und Geschlechtstrieb gemeinsam. Beide weisen in Geisteskrankheiten vielfache quantitative und qualitative Störungen auf.

1. Steigerung des Nahrungstriebes. Sie ist häufig ein Zeichen beginnender Reconvalescenz, namentlich nach affektiven mit schweren Ernährungsstörungen einhergehenden Krankheiten, alsdann also auch nicht als krankhaftes Symptom aufzufassen. Häufig erweist sie sich auch nur als kindische Begehrlichkeit bei Blödsinnigen und schwachsinnigen Maniakalischen, und wird, wenn man ihr Spielraum gelassen, gewöhnlich schon nach kurzer Zeit durch das entgegengesetzte Gefühl der durch Ueberfüllung verursachten Dyspepsie abgelöst.

Nicht selten ist auch bei Schwach- und Blödsinnigen, namentlich, im Altersblödsinn, auch bei Paralytikern, also in Zuständen, die mit Atrophie des Vorderhirns verlaufen, ein mangelndes

Sättigungsgefühl, wobei ungeheure Speisemengen verschlungen werden können, zu beobachten.

2. Verminderung des Nahrungstriebes tritt gleichfalls häufig als ein körperliches Symptom eines Magencatarrhs oder einer schweren nervösen Dyspepsie bei Melancholikern auf.

Als wirkliche Nahrungsverweigerung ist sie jedoch eines der schwersten psychisch-somatischen Symptome des Irreseins. Nahrungsverweigerung ist nicht selten mit Wahnideen verbunden, auch mit Hallucinationen, z. B. mit solchen, die das Essen verbieten. Die Wahnideen, unter denen Vergiftungsideen am häufigsten auftreten, sind alsdann als Allegorisirungen des begleitenden Magencatarrhs u. dergl. aufzufassen. Oder es liegen widrige Geschmackseindrücke, also sensorielle Störungen zu Grunde. Am häufigsten ist Nahrungsverweigerung der Ausdruck vollkommen darniederliegender Lebensenergie und findet sich als solcher am häufigsten bei melancholisch-marastischen Kranken.

3. Die Perversität des Nahrungstriebes. Sie findet ihr Analogon schon bei Gesunden, in den besonderen Gelüsten Schwangerer und Chlorotischer. Bei Geisteskranken ist sie die Folge entweder

a) von Wahnideen, welche die besondere Heilkraft absonderlicher und ekelhafter Dinge zum Inhalt haben und sich hierin ebenfalls mit dem weitverbreiteten Aberglauben Gesunder, z. B. der Heilkraft des Blutes Hingerichteter gegen Epilepsie, begegnen — oder

b) von einer krankhaften Umwandlung der percipirenden und appercipirenden Elemente des Geschmacks- und des nahe damit verwandten Geruchs-Apparates, verbunden mit Umnebelung des Bewusstseins überhaupt. Hierher gehört das bei verworrenen Hallucinanten und Blödsinnigen so häufige Symptom das Kothessens.

4. Die Steigerung des Geschlechtstriebes. Dieselbe kann sowohl peripherisch, als central begründet sein.

Unter centraler Begründung ist hier psychische Veranlagung zu verstehen. Bei geisteskranken Männern seltener, findet sie sich in ausgeprägterer Weise bei weiblichen Irren und zwar in maniakalischen Affektzuständen und im Wahnsinn. Im ersten Falle zeigt sie sich zumeist noch in decenter Gestalt als Koketterie, Putz- und Gefallsucht. Nicht selten nimmt sie auch eine religiös-ekstatische Richtung. — Im Wahnsinn bilden erotische und Eifersuchtsideen häufig den Inhalt der Wahnideen; die Entäusserung erfolgt nicht selten durch schmutzige Handlungen, z. B. Waschen mit Urin, Beschmieren mit Menstrualblut.

Der aus centralen Ursachen gesteigerte Geschlechtstrieb pflegt sich bei Geisteskranken immer noch decenter zu äussern und in verhüllterer Form aufzutreten, als der peripherisch be-

gründete. Hier werden durch den unwiderstehlichen örtlichen Reiz, z. B. durch pruritus vulvae, die heftigsten auf augenblickliche Befriedigung gerichteten, vor keiner Rücksicht zurückschreckenden Begierden, die auf masturbatorischem Wege erledigt werden, ausgelöst.

Beim Mann ist der krankhaft gesteigerte Geschlechtstrieb wohl meist central begründet (Satyriasis), beim Weibe (Nymphomanie) dagegen meist peripher. Hier kann er sich zu Zuständen tobsüchtiger Aufregung mit heftigen Unlustgefühlen (furor uterinus) steigern.

5. Die Verminderung des Geschlechtstriebes ist, wo sie erst im Laufe der Psychose auftritt, wohl stets die Folge allgemein schwächender Einflüsse, wie in körperlichen Krankheiten auch. Habitueller Mangel geschlechtlicher Empfindungen kann als Zeichen organischer Belastung wichtig werden, namentlich weil damit zugleich auch das Fehlen der auf der normalen Geschlechtsempfindung sich aufbauenden höheren altruistischen Gefühle (Freundschaft, Liebe zum Nächsten, Mitleid, Interesse am Wohle der Menschheit) verbunden zu sein pflegt.

6. Die Perversität des Geschlechtstriebes trat als Knabenliebe bei den Alten und tritt noch heute im Orient als eine durch die Sitte geduldete Form der Geschlechtsbefriedigung auf. — Ferner zeigen alte Wüstlinge Perversitäten als Folge von Uebersättigung und impotenten Verlangens. Diese Fälle liegen somit noch auf der Breite geistiger Gesundheit.

Nicht selten aber ist sie der Ausdruck angeborener oder im frühesten Alter erworbener Veranlagung, was sich daran zu erkennen giebt, dass der perverse Trieb sich sofort schon beim Eintritt der Pubertätszeit zeigt. Er weist sich meist als geschlechtliche Zuneigung zum eigenen und Abneigung gegen das andere Geschlecht aus, wobei dann auch das gesammte Fühlen, die Vorstellungen und Gewohnheiten (mitsammt dem Selbstbewusstsein), z. B. die Art, sich zu kleiden, Beschäftigung zu suchen, dem perversen Triebe folgen. (Päderastie bei Männern, lesbische Liebe bei Weibern.) — Eine Abart ist die Befriedigung des Geschlechtstriebes an Thieren (Sodomie).

Ganz auf krankhaftem Grunde stehen die Fälle von Wollust mit Blutgier, wo die volle sexuelle Befriedigung erst mit Tödtung und Verstümmelung des Opfers eintritt (Lustmord) und die Fälle von libidinöser Leichenschändung.

B. Elementarstörungen in automatischen Handlungen.

Automatische Handlungen nennen wir solche Bewegungen, welche ursprünglich gewollt und planmässig ausgeführt mit der Zeit und öfterer Wiederholung sich auf so abgeschliffenen Bahnen

bewegen, dass sie nieht mehr voll zum Bewusstsein kommen oder wenigstens ohne direkte Mitwirkung des Willens ausgeführt werden. Unsere Fertigkeiten, z. B. Sehreiben, Clavierspielen u. s. w., sind aus solehen Bewegungen, die ursprünglich jede einzelne gewollt und bewusst waren, mit der Zeit aber automatisch geworden sind, wobei nur der Endzweck bewusst und gewollt bleibt, zusammengesetzt. Auch unser gesammtes Gebahren, unsere Art zu gehen, zu stehen, unsere körperlichen Gewohnheiten sind grösstentheils aus automatisehen Bewegungen, die zusammen unsern Habitus ausmachen, zusammengesetzt. Alle automatisehen Bewegungen aber, und dies unterscheidet sie schon äusserlich von den Reflexbewegungen, behalten den Anschein des Gewollten und Bewussten.

In einzelnen Irreseinsformen treten zu den aus dem gesunden Leben mit herübergenommenen habituellen automatischen Bewegungen noeh neue krankhafte hinzu, die aber gleichfalls, wie jene, sämmtlich den Charakter des Gewollten an sich tragen.

Am häufigsten sehen wir solche automatische Handlungen in der Tobsueht und in gewissen psyehisehen Schwächezuständen, besonders der sekundären Paranoia (Verrüektheit,) entstehen. In der Tobsueht namentlich pflegen die Bewegungen, das Tanzen, in die Hände Klatsehen, an die Thür Schlagen, fast stets den Eindruek des Absiehtliehen zu maehen. Aber doeh handelt es sich hier keineswegs um bewusste Vorstellungen, die dem Toben vorangehen, sondern offenbar sind es direkte organische, nicht Willensreize der centrifugalen Bewegungselemente im Grosshirn, welehe die Bewegungen auslösen. Dass letztere als gewollte imponiren, findet hauptsächlieh darin seinen Grund, dass wir die betreffenden Muskelgruppen sonst nur bei gewollten Bewegungen in Thätigkeit zu sehen gewohnt sind.

Chronische Geisteskranke zeigen häufig automatische Bewegungen, die sieh als gewisse körperliche Gewohnheiten kundgeben. So sehen wir Kranke, die zwei Schritte vor, einen zurüek zu maehen pflegen, andere, die den Arm mit einer schleudernden Bewegung naeh oben werfen, oder die sieh unaufhörlich mit der Faust auf's Knie sehlagen oder zwecklose Kaubewegungen machen. Aueh das gewohnheitsmässige Aufsagen stets derselben Worte und Redensarten gehört hierher. Es können hier anfänglich Vorstellungen und Hallucinationen, welche diese Handlungen auslösten, mitwirkend gewesen sein. In den ausgesehliffenen Bahnen laufen letztere dann automatisch ab, während die grundlegenden Vorstellungen längst geschwunden sind. Oder das Verhältniss kann auch umgekehrt sein, — durch Reizvorgänge in den motorisehen Gewebselementen der Hirnrinde werden, ähnlieh wie bei der Tobsueht, zuerst die automatischen Bewegungen ausgelöst, und an diese knüpfen sich alsdann sekundäre Vorstellungen. So

kann zu der Bewegung des Rückwärtstretens die Vorstellung eines Hindernisses, zu der des emporgehobenen Armes die der nothwendigen Abwehr hinzutreten. Etwas Aehnliches findet man in der Hypnose, wo gewisse Körperstellungen bestimmte, damit verknüpfte Vorstellungen autosuggestiv zur Folge haben.

C. Elementarstörungen des gewollten Handelns.

Krankhaftes Wollen und Handeln wird beobachtet:

1. als Folge bewusster Vorstellungen. Das Gesetz der Abhängigkeit des Wollens und Handelns von Vorstellungen gilt auch für das erkrankte Gemüthsleben. Meist ist der Zusammenhang auf der Hand liegend und leicht nachzuweisen, so, wenn ein Kranker sich in Folge von Wahnideen oder Hallucinationen Ohr und Schlüsselloch verstopft oder laut in eine Ecke schilt. Dasselbe ist auch beim Schwachsinnigen der Fall, der Knöpfe und Steine sammelt, weil er die Vorstellung von etwas sehr Werthvollem damit verbindet.

Auch von langer Hand vorbereitete complicirte Handlungen erweisen sich oft als Ergebnisse krankhaften Vorstellens, z. B. Fluchtversuche. Hierher gehören auch die Selbstmordversuche. Stets liegen ihnen Unlustgefühle mit der Vorstellung, dass es so nicht weiter gehe und dass dem Zustande um jeden Preis ein Ende gemacht werden müsse, zu Grunde.

2. als Folge unbewusster Vorstellungen. Es kommen nicht selten Fälle vor, wo Irre oder auch Menschen, die bisher für gesund gegolten haben, plötzlich die verkehrtesten Handlungen begehen, ohne dass ein Affekt oder Wahnideen und Zwangsvorstellungen beobachtet werden. Ein junger Kaufmann z. B., der sich bisher musterhaft geführt, veruntreut, obgleich er selbst reich ist, seinem Prinzipal eine grössere Summe, vergeudet den grössten Theil davon in wenigen Tagen auf die unsinnigste Weise, wirft den Rest in's Wasser und erscheint nun wieder im Geschäft, so harmlos, als sei Nichts vorgefallen. Zur Erklärung weiss er nichts Anderes anzuführen, als: er habe nicht immer Sklave sein wollen, der Mensch müsse auch einmal geniessen, er könne den Schaden ja leicht ersetzen, den Rest des Geldes habe er deshalb fortgeworfen, weil er genug genossen gehabt und es jetzt wieder Zeit zum Arbeiten sei. — Oder ein Irrer, der bisher ruhig und anständig im Garten gearbeitet hat, schält die Rinde der jungen Obstbäume ab und verstümmelt ihre Kronen, offenbar, ohne selbst zu wissen warum, obgleich er später zur Rede gestellt, sich damit ausredet, er habe sehen wollen, ob der Saft schon triebe.

Die Deutung solcher Erscheinungen muss in Folgendem gesucht werden: Es liegen allerdings auch hier dem Handeln

Vorstellungen zu Grunde, aber keine bewusste, sondern unbewusste. Auch die Motivirung bleibt unbewusst, und nur das Endresultat, nämlich die Handlung, springt in's Bewusstsein. Insofern nun die Vorstellung selbst schon einem kranken Untergrund entstammt, muss auch die Handlung eine verkehrte sein. Man darf sich hier nicht dadurch täuschen lassen, dass die Kranken hinterher selbst ihre Handlung zu motiviren und zu rechtfertigen suchen. Dies geschieht sogar häufig mit grossem Aufwande von Gründen und lautem Redeschwalle. Aber diese nachträgliche Motivirung ist nicht die wahre, echte, noch in der Tiefe des Unbewussten schlummernde, sondern vom Kranken zur Beschönigung des Geschehenen willkürlich zurechtgemacht. Er selbst glaubt nicht daran, und die That bleibt ihm ein Räthsel.

Die französischen Irrenärzte bezeichnen diese, hauptsächlich bei belasteten Individuen vorkommende Form des Handlungenwahnsinns mit dem Namen: Folie raisonnante.

Krankhaftes Wollen kann sich ferner kundgeben als gesteigertes oder verringertes Wollen.

a) Gesteigertes Wollen findet sich in Affektzuständen der Manie. Es entspringt direkt aus dem krankhaft gesteigerten Selbstgefühl, das Alles für erreichbar hält, und wächst um so mächtiger empor, als controllirende Vorstellungen von der Nützlichkeit und Erreichbarkeit des Gewollten fehlen und die Vorstellungen sich rasch in Handlungen umsetzen.

b) Verringertes Wollen (Abulie) trifft man im Blödsinn in Folge des Niederganges des Vorstellungslebens und aller geistigen und gemüthlichen Interessen überhaupt, am häufigsten aber in der Melancholie.

In der Melancholie kann zwar lebhaftes Wollen vorhanden sein, aber wegen verschiedener Hemmungen vermag es sich nicht in Handlungen umzusetzen.

Die Hemmungen können begründet sein:

1. in dem erschwerten Umsatze von Vorstellungen in Handlungen. Der Kranke versucht hier wohl, den Bann zu brechen und die gewollte Bewegung auszuführen, bewegt z. B. die Lippen zum Sprechen, bringt es aber nicht fertig.

2. in den Unlustgefühlen des Affektes selbst. Die Vorstellung des Handelns ist dem Kranken schmerzhaft und vermehrt seine Unlustgefühle. Er verzichtet deshalb darauf, ebenso wie man es vermeidet, mit einem schmerzenden Gliede Bewegungen vorzunehmen.

3. in der krankhaften Vorstellung der Unerreichbarkeit des Gewollten. Das Selbstgefühl ist so erniedrigt, dass der Kranke von vornherein am Gelingen verzweifelt. Er wagt z. B. nicht,

eine Bitte auszusprechen, weil er meint, er verdiene deren Erfüllung nicht.

4. in Contrastvorstellungen, die sich gegenseitig das Gleichgewicht halten; z. B. der Kranke will sprechen, sich bewegen, essen, aber die Vorstellung, es könne ein Unglück daraus entstehen, hält ihn davon ab.

Gesteigertes Wollen kann mit verringertem verwechselt werden, wo der Kranke in Folge von Wahnideen regungslos verharren will. Er wähnt z. B. seine Beine von Glas oder er sei der Mittelpunkt der Welt. Hier ist die scheinbare Handlungslosigkeit vielmehr gerade eine Willensentäusserung Der Kranke will in dieser Stellung verharren, um sich vor Schaden zu bewahren und setzt die dazu erforderlichen Muskelgruppen in Spannung.

Zweiter Abschnitt.

Die körperlichen Elementarstörungen und Begleiterscheinungen.

Fünftes Kapitel.

Elementarstörungen im vegetativen System.

A. Die Respiration.

Die Veränderungen der Respiration haben nur nebensächliche Bedeutung. Bei Melancholikern pflegt sie oberflächlich und langsam, bei Maniakalischen und Tobsüchtigen wegen der stark angespannten Muskelthätigkeit rascher und ergiebiger zu sein. Bei apoplektischen Anfällen und anderen tieferen Gehirnleiden kann sie den Charakter des Cheyne-Stokes'schen Phänomens annehmen.

B. Die Ernährung.

In akuten Psychosen pflegt die Verdauung darnieder zu liegen. Namentlich in der Melancholie giebt sich Magencatarrh durch gelblich dick belegte Zunge und Appetitlosigkeit kund, welche Zustände alsdann nicht selten zu Vergiftungswahnideen allegorisirt werden.

Das Körpergewicht ist von grösster diagnostischer und prognostischer Bedeutung. Man darf folgende Erfahrungssätze aufstellen:

1. Das Körpergewicht sinkt constant in allen frischen Erkrankungen, und zwar desto rascher, je grösser die Nahrungsenthaltung ist.

2. Es sinkt ferner meist (nicht jedesmal) im periodischen und circulären Irresein (s. Kap. 16), und zwar beim Beginn des Cyclus.

3. Es steigt oft sehr rasch bei eintretender Reconvalescenz. Oft ist die Zunahme das erste sichtbare Zeichen der letzteren und darum prognostisch sehr wichtig.

4. Es steigt beim Uebergang affektiver Formen in unheilbare psychische Schwächezustände, alsdann meist langsam, allmählich, nach einem parabolischen Stadium.

Um die unter 3. genannte günstige Bedeutung zu gewinnen, müssen daher zur Gewichtszunahme noch andere Zeichen der Reconvalescenz, namentlich auf psychischem Gebiete, hinzutreten.

5. Es steigt mitunter im periodischen oder circulären Irresein beim Eintritt in die maniakalische Phase.

Gewisse tiefgehende Ernährungsstörungen werden nur bei gleichzeitigem, schwerem Gehirnleiden beobachtet, andere sind geradezu charakteristisch als häufige Begleiter des Irreseins überhaupt.

Zu ersteren gehört der schwere akute Decubitus, theils als Kreuzbein-Decubitus, theils bei Heerderkrankungen des Gehirns als Decubitus der Hinterbacke und zwar jedesmal auf der der Lähmung gleichnamigen Seite auftretend.

Zu letzteren ist die mit Schwund der Kalksalze einhergehende Brüchigkeit der Knochen, vornehmlich der Rippen und des Sternums zu rechnen. Die Zerstörung erstreckt sich auch häufig auf die Knorpel, welche in eine sulzige Masse verwandelt werden. Geringfügige mechanische Einwirkungen, z. B. ein schwacher Druck mit der flachen Hand auf den Brustkorb, genügen alsdann, um eine ganze Reihe Rippen zugleich zu zerbrechen.

Aehnlich verhält es sich mit der Othämatom genannten Blutgeschwulst der Ohrknorpel. Um sie sichtbar zu machen, bedarf es einer Verletzung, z. B. einem Schlage an's Ohr, oder, was viel häufiger der Fall zu sein pflegt, dass der Kranke auf der umgebogenen Ohrmuschel gelegen hat. Aber die trophische Entartung des Ohrknorpels muss vorangegangen sein, sonst kommt nach mechanischen Insulten so leicht kein Othämatom zu Stande.

Die trophische Entartung der Knochen und Knorpel kommt nur bei herabgekommenen Kranken, z. B. in der marastischen Melancholie und der Paralyse vor. Othämatome, wenn sie bei scheinbar noch leidlich gut genährten Kranken auftreten, gelten darum mit Recht prognostisch als ungünstige Vorzeichen.

Diejenigen trophischen Abweichungen, welche man als Bildungsanomalien bezeichnet, werden wir später im Zusammenhange mit den klinischen Zeichen besprechen.

C. Die Sekretionen.

Wie wir schon (s. Kap. 1) gesehen haben, sind in der Melancholie die Sekretionen verringert, in der Manie entweder vermehrt oder quantitativ unverändert.

Mangelnde Thränensekretion ist deshalb bei Melancholikern die Regel. Der Melancholiker kann nicht weinen, was mit seinem Affekt oft einen sehr auffallenden Contrast bildet. Deshalb ist der erste Thränenerguss oft ein sehr erwünschtes Zeichen beginnender Rekonvalescenz.

Die Urinabsonderung findet sich vielfach qualitativ verändert. So hat man (Rabow) die Menge der Chloride und des Harnstoffs bei Melancholikern vermindert, dagegen bei Paralytikern im Anfange vermehrt gefunden, während sie später wieder sinkt, ebenso wie im sekundären Blödsinn. — Die Menge der Phosphorsäure hat man in der Regel bei chronischen Hirnkranken verringert gefunden (Mendel), auch in der Tobsucht. Sehr schwerer Urin (bis 1030) mit Vermehrung der Phosphor- und Schwefelsäure fand sich in dem Stadium der Paralyse, wo trotz starker Nahrungsaufnahme rapide Gewichtsabnahme stattfindet. — Eiweiss wurde in der Epilepsie, Paralyse, akutem und chronischem Alkoholismus u. s. w. gefunden.

Diagnostische Bedeutung haben diese Erfahrungen wohl noch nicht gewonnen.

Störungen der Menstruation kommen häufig in frischen Fällen, dagegen sehr selten in chronischen zur Beobachtung. Sie sind der Ausdruck gestörter Allgemein-Ernährung oder örtlicher Erkrankung, in letzterer Beziehung namentlich die Blutungen. Sonst ist Amenorrhöe die stete Begleiterin frischer Psychosen. Der Wiedereintritt der Menstruation kann deshalb ein werthvolles prognostisches Merkmal für beginnende Rekonvalescenz sein, aber nur, gerade wie die Zunahme des Körpergewichts, wenn sie von anderen Zeichen unterstützt wird.

Steigerung der Speichelsekretion (Ptyalismus) ist eine wichtige Begleiterscheinung des Irreseins. Die Thätigkeit der Speicheldrüsen ist einerseits vom N. Trigeminus und Facialis, andererseits vom N. Sympathicus abhängig. Reizungen der ersteren ergeben einen wässerigen, an festen Stoffen armen, die des letzteren umgekehrt einen zähen, an festen Stoffen reichen Speichel (Eckhardt). Dementsprechend hat man (Stark) auch am Krankenbett die bestätigende Erfahrung gemacht, dass Trigeminusaffektionen, z. B. Neuralgieen, dünnen wässerigen Speichelfluss im Gefolge haben, während geschlechtliche Reizzustände von zähem Speichelflusse begleitet waren, — ein Unterschied, der für die Differentialdiagnose unter Umständen von Wichtigkeit werden kann.

D. Die Eigenwärme.

Geisteskrankheiten pflegen ohne Fieber zu verlaufen, falls nicht etwa akut entzündliche Zustände des Gehirns oder intercurrente Entzündungen anderer Organe, z. B. der Lungen, vorliegen.

Doch kommen Temperatursteigerungen vorübergehend bei congestiven und Reizzuständen des Gehirns nicht selten vor, so in Begleitung des epileptischen Anfalls, bei Blutungen der Hirnhäute in der Paralyse, bei Delirium tremens und endlich als prämortale Erscheinung. Auch periphere Reize, wie Stuhl- oder

Harnverhaltung, können bei geschwächten und reizbaren Kranken vorübergehend beträchtliche Temperatursteigerungen zur Folge haben.

Subnormale Temperaturen werden vergleichsweise noch häufiger beobachtet. Theils sind sie auf verringerte Wärmeerzeugung, z. B. bei Blödsinnigen, Stuporösen und Paralytikern durch mangelnde Bewegung und allgemeines Darniederliegen der Lebensthätigkeiten, — theils auf gesteigerten Wärmeverlust, z. B. bei Tobsüchtigen, in Folge rücksichtsloser Entblössung und fehlender Bettwärme zurückzuführen. Wahre Collapstemperaturen ferner kommen in allen Schwächezuständen als frühes prämortales Symptom oft mehrere Tage vor dem Tode vor.

E. Das vasomotorische System.

Das vasomotorische System steht nicht blos den vegetativen Vorgängen des Organismus vor, sondern es hat auch, wie wir im 1. Kapitel gesehen haben, direkte und unmittelbare Beziehung zu den Affekten, indem hier Gefässverengerungen und -Erweiterungen eine wesentliche Rolle spielen. Wenn schon hierdurch die grosse Wichtigkeit des vasomotorischen Systems für unser Seelenleben zur Genüge hervorgeht, so darf man ihm auch geradezu direkten Einfluss auf die Entstehung von Geisteskrankheiten zuschreiben. Denn die Ernährungsstörungen des Gehirns, von der einfachen Hyperämie und Anämie bis zu Stauungen und entzündlichen Ausschwitzungen sind im letzten Grunde doch nur Wirkungen der vasomotorischen Nerven. Ist die von diesen gesetzte Gefässverengerung oder -Erweiterung von kurzer Dauer, so wird, wie wir uns denken dürfen, auch nur ein vorübergehender Affekt erzielt, — währt sie längere Zeit, so wird sie auch dauernde Affekte, d. h. Geisteskrankheit, zur Folge haben. Diesen Erwägungen steht auch die klinische Erfahrung zur Seite. So giebt es Melancholieen, bei denen der kleine spastische Puls, die kalte lividgefärbte Haut, die fehlende Lebensenergie in den gefurchten Zügen und dem erloschenen Auge geradezu auf die Annahme einer chronischen vasomotorischen Gefässverengerung hinweist. Nicht minder finden wir mitunter, wenn auch seltener, in maniakalischen Zuständen in dem voller fluthenden Pulse, der gerötheten Gesichtsfarbe und dem leuchtenden Auge die Zeichen dauernder Gefässerweiterung.

Die durch den Sphygmographen gemessene Pulscurve giebt ein Bild von dem jeweiligen Stande der mittleren Erregbarkeit des vasomotorischen Systems. Wulff verdanken wir die ersten genauen Pulsmessungen Geisteskranker. Das Resultat derselben ist, dass der pulsus celer katatricrotus des Gesunden in den verschiedenen Stadien der Psychose, namentlich in vor-

gerückten Schwächezuständen, eine charakteristische Reihe von Veränderungen durchläuft. Im Allgemeinen tritt Tardität ein, sodass man den pulsus tardus geradezu als constantes Symptom in Geisteskrankheiten aufstellen kann. Der mittlere Ausdruck desselben ist der pulsus tardus planus. Geübte können also aus der Pulscurve die Diagnose vervollständigen und auch Schlüsse auf die Prognose ziehen. Denn einerseits zeigen geheilte Fälle niemals andauernd tarde Pulsphasen, andererseits sind bei Kranken, die später in unheilbare Schwächezustände verfielen, solche schon zu einer Zeit, wo andere Hilfsmittel noch im Stich liessen, beobachtet worden.

Sechstes Kapitel.

Elementarstörungen im animalen System.

A. Die sensible Sphäre.

1. Anästhesien im Bereiche der Hautnerven sind bedingt:
   a) durch herabgesetzte Reizempfänglichkeit des reizaufnehmenden peripheren Organs, also der Endungen (Anfänge) der sensiblen Nerven.
   b) durch herabgesetzte Reizempfänglichkeit der centralen Ganglien, bezw. durch Störungen der Apperception.

Ob die eine oder andere Ursache vorliegt, wird sich diagnostisch kaum entscheiden lassen.

Anästhesien sind häufige Begleiter des stuporösen Irreseins und pflegen sich alsdann sowohl auf die Tast- und Schmerzempfindung, als auf den Temperatursinn zu erstrecken.

Aufgehobene oder stark verminderte Schmerzempfindung (Analgesie) ist wohl meist central, d. h. psychisch bedingt. Sie kommt im affektiven Irresein vor, wo die Aufmerksamkeit des Kranken anderweitig, nämlich mit dem eigenen Seelenschmerze, so intensiv beschäftigt ist, dass andere periphere Reize, und wären sie noch so mächtig, keinen grossen Eindruck machen. Dies beweisen die oft mit grossem Raffinement und staunenswerther Ausdauer in's Werk gesetzten Selbstverstümmelungen Irrer, z. B. Castrirungen, Selbstkreuzigungen u. s. w. — In stuporösen und Blödsinnszuständen ermöglicht Analgesie und die in ihrer Begleitung auftretende Unaufmerksamkeit auch unabsichtliche Unglücksfälle, wie Verbrennungen, Verbrühungen, Quetschungen u. dergl.

Anästhesien gehören zu denjenigen Zuständen, die vorzugsweise gern in wahnhafter Weise umgedeutet werden. So werden Anästhesien der unteren Extremitäten als Glasfüsse, allgemeine Anästhesien in den Wahn, verstorben zu sein, allegorisirt. Ist

zugleich der Muskelsinn aufgehoben, so kann die Wahnidee, das betreffende Glied fehle ganz und gar, entstehen. Dem sehr häufigen Wahn, dass die Eingeweide, die Knochen fehlten, sodass der Körper nur noch aus einem leeren Hautlappen bestände, scheinen ähnliche Ausfallserscheinungen in den centripetalen Leitungen der inneren Organe zu Grunde zu liegen.

2. Hyperästhesien sind ebenfalls

a) entweder peripher durch erhöhte Reizempfänglichkeit der reizaufnehmenden centripetalen Fasern oder

b) central durch Affektion der vorstellenden (schmerzempfindenden) Ganglien bedingt.

Auch Hyperästhesien, die sich übrigens nicht jedesmal als Schmerz zu äussern brauchen, sondern oft nur ungewohnte lokale Empfindungen darstellen, sind wichtige körperliche Elementarsymptome des Irreseins, namentlich in gewissen Wahnsinnsformen und der Hypochondrie (s. Kap. 15). Hier wird durch periphere Vorgänge, die bei Gesunden vielleicht unbeachtet vorübergehen würden, zuerst die ohnehin schon gespannte Aufmerksamkeit noch höher erregt und auf diesen Punkt gerichtet. Bei öfterer Wiederholung und längerer Dauer wird alsdann die Wahrnehmung umgedeutet und zu allgemeinen Wahnideen umgebildet. Mitunter genügt schon die lebhafte mit Affekt, z. B. mit Furcht, verbundene Vorstellung, periphere Sensationen hervorzurufen, — was ja bekanntlich auch bei Gesunden als sogenannte Wirkungen der Einbildungskraft nicht seltene Erscheinungen sind.

3. Neuralgien stehen gleichfalls häufig im engsten Zusammenhang mit Geisteskrankheiten.

a) Sie verursachen, ebenso wie Anästhesien und Hyperästhesien, allegorisirende Wahnideen.

b) Sie irradiiren auf Centraltheile des Gehirns und erzeugen auf diese Weise Psychosen, entweder vorwiegend affektiven oder hallucinatorischen Charakters.

Aehnlich wie Neuralgien verhalten sich ferner Sensationsanomalien innerer Organe, die gleichfalls durch Irradiation auf das Centrum frische Psychosen oder periodische Verschlimmerungen bereits bestehender bewirken. Es kann dies geschehen, ohne dass dem Kranken die ursprünglichen peripheren Vorgänge voll in's Bewusstsein kommen, z. B. bei Anomalien der weiblichen Geschlechtssphäre, wo Orgasmus und peripherer Nervenreiz hauptsächlich erst durch das Eintreten einer mehr oder weniger ausgebildeten psychischen Störung sich kundgiebt. Man bezeichnet derartige Zustände mit dem Namen Reflexpsychosen.

Wir sehen zugleich, dass Anästhesien, Hyperästhesien und Neuralgien nicht blos als Elementarsymptome, sondern auch als Ursachen des Irreseins aufzufassen sind.

B. Die motorische Sphäre.

1. Lähmungen, sowohl der Extremitäten- als der Gesichtsmuskeln, halb- oder doppelseitige, sind als Symptome peripheren oder centralen Nervenleidens sehr häufige Begleiter des Irreseins. Namentlich gilt dies für Krankheiten, welche, wie die Paralyse und der chronische Alkoholismus, mit diffusen oder heerdartigen Hirn- und Rückenmarkskrankheiten einhergehen.

Zu den Lähmungen sind auch die durch Rückenmarkserkrankungen oder psychisch durch Verlust von Bewegungserscheinungen gesetzten Coordinationsstörungen zu rechnen.

Die Diagnose ist nach den allgemeinen Regeln für Nervenuntersuchungen zu stellen.

2. Zittern kommt in beiden Gestalten, nämlich als Lähmungs- und als Krampfzittern vor. Als Lähmungszittern sehen wir es in der Paralyse und der multiplen Sklerose, sowie solchen Irreseinszuständen, die mit paralysis agitans gepaart vorkommen, wie dies nicht selten bei alten marastischen und schwachsinnigen Personen der Fall ist. Vorübergehend wird es auch bei allgemeinen Schwächezuständen beobachtet. — Das Krampfzittern, dessen Typus im gesunden Leben der Frostschauer darstellt, findet man vorzugsweise im akuten, wie chronischen Alkoholismus.

3. Krämpfe. Allgemeine klonische Krämpfe mit Störung des Bewusstseins sind epileptoiden Ursprungs, halbseitige Krämpfe Zeichen von Heerderkrankung oder Cortikalreizung durch Bluterguss in die Hirnhäute u. dergl. Sie werden nicht selten bei syphilitischen Hirnaffektionen beobachtet.

Ein lästiges Symptom ist der sich als Zähneknirschen bemerkbar machende Krampf der Kaumuskeln, der in der Paralyse und anderen cerebropathischen Irreseinsformen auftritt und lange Zeit anzuhalten pflegt.

4. Die tetanische Flexorenspannung ist eine auf die Flexoren, Adductoren und Pronatoren beschränkte, niemals aber auf die Extensoren und Supinatoren sich erstreckende starre Muskelzusammenziehung von chronischer Dauer, wodurch die Glieder stark gebeugt werden. Meist beginnt das Symptom in den Oberextremitäten. Die Kranken halten den Vorderarm im rechten und später im spitzen Winkel gebeugt; der passive Widerstand der Muskeln ist nur schwer zu überwinden. Bei weiterem Fortschreiten des Leidens werden allmählich auch die übrigen Extremitäten, Kopf, Rumpf, und endlich auch die Gesichtsmuskeln befallen. Die Glieder zeigen sämmtlich vollendete Flexionsstellung, der Kopf ist auf die Brust herabgezogen, der Rücken gekrümmt, die ganze Figur kugelig zusammengezogen, die Gesichtszüge zeigen eine eigenthümliche, gespannte und dabei verdrossene Miene.

Die anatomische Grundlage ist noch unklar. Offenbar bestehen Spannungserscheinungen in den Centren; ob aber solche durch sensible Reize ausgelöst werden, ist noch nicht ausgemacht.

In der Melancholie und ihren Folgezuständen, beziehungsweise der sekundären Paranoia und dem sekundären Blödsinn wird die Flexorenspannung am häufigsten beobachtet.

5. Die Katalepsie. Unter Katalepsie versteht man einen Zustand der Muskeln, wo dieselben der passiven Bewegung einen leichten gleichmässigen Widerstand entgegensetzen, alsdann aber in dem angenommenen Tonus verharren, sodass die Glieder die gegebene Stellung so lange beibehalten, bis sie schliesslich durch die Schwerkraft herabgezogen werden. Da man den Gliedern jede beliebige innerhalb der Grenzen normaler Bewegungsfähigkeit liegende Stellung geben und damit wechseln lassen kann, so spricht man auch von einer wächsernen Biegsamkeit. Die kataleptische Starre der einzelnen Glieder währt so lange, bis sie von der Schwerkraft überwunden ist, was eine Viertel- oder halbe Stunde und darüber währen kann. Die kataleptische Disposition aber, d. h. die Neigung des Kranken, sich jederzeit in kataleptische Starre versetzen zu lassen, ist ein chronischer Zustand.

Wie die Flexorenspannung, ist auch die Katalepsie offenbar auf centrale, möglicherweise durch sensible Reize gesetzte Spannungsverhältnisse zu beziehen.

Die Katalepsie findet sich in den verschiedensten Formen des Irreseins, nämlich sowohl in frischen heilbaren Fällen von Melancholie und Stupor, wie in veralteten Fällen von Paranoia und Blödsinn.

Siebentes Kapitel.

Störungen der Sprache und Handschrift.

Störungen der Sprache und Handschrift gehören theils zu den rein motorischen Störungen, indem sie einfache Articulationsbehinderungen mit Lähmungen darstellen, theils sind sie psychischen Ursprungs. In einem inneren Zusammenhange stehen sie, indem die Schriftsprache gegen die Lautsprache als eine höhere Ausdrucksform betrachtet werden kann. Auch werden sie mehrfach zusammen angetroffen.

A. Die Störungen der Sprache.

Die reinen Articulationsstörungen sollen hier nicht weiter erörtert, sondern nur die psychischen besprochen werden.

Die gleichfalls, wie jene, durch Erkrankung der Hirnrinde

bedingten psychischen Sprachstörungen kann man nach Kussmaul („Die Störungen der Sprache“) in dysphasische und dysphrasische eintheilen.

1. Dysphasische Sprachstörungen. Unter ihnen begreift man:

a) Die reinen Aphasien, meist amnestischen Charakters, die sich in Hirnkrankheiten mit vorwiegend psychischen Symptomen, also in der Paralyse (s. Kap. 20), im traumatischen Irresein (s. Kap. 21) und mitunter auch im epileptischen Irresein (s. Kap. 17) finden.

b) Die Aphasien, welche sich als Agraphie, Paragraphie, Alexie und Paralexie, sowie als Worttaubheit und Wortblindheit kundgeben und die sich wiederum am häufigsten in der Paralyse vorfinden.

2. Dysphrasische Sprachstörungen. Sie geben sich kund:

a) in Veränderung des Sprachtempos. Die Sprache ist verlangsamt bei Melancholie und Blödsinn, in ersterer wegen der die psychischen Thätigkeiten belastenden Hemmung, in letzterem wegen des Mangels an Vorstellungen und der Schwierigkeit, dieselben logisch zu ordnen. Der höchste Grad der Hemmung oder des Vorstellungsmangels giebt sich als Stummheit kund. In diagnostischer Beziehung darf dabei nicht übersehen werden, dass Stummheit auch bei Verrückten in Folge verbietender Hallucinationen oder von Wahnideen vorkommt. — Die Sprache ist beschleunigt bei Maniakalischen in Folge rascheren Ideenflusses. Derselbe kann so rapide vor sich gehen, dass auch die Sprache schiesslich nicht mehr folgen kann. Es werden dann nicht mehr logische Sätze, sondern nur noch abgerissene Worte und Interjectionen gebraucht. Schliesslich entsprechen die gebrauchten Laute überhaupt nicht mehr der inneren Vorstellung und Sprachverworrenheit tritt ein.

b) in Veränderung der Redeweise. Sie hängt oft von dem Affekt ab, z. B. bei Maniakalischen, wo die gehobene Stimmung sich in gereimter Redeweise Luft macht. Oder sie ist einfach der Ausdruck geschwächter Intelligenz, wie die kindische Redeweise Schwachsinniger und Verrückter. Unaufhörliche Wiederholung derselben Worte oder Satztheile zeugt gleichfalls von Ideenarmuth und Beharren auf derselben Vorstellung. Dieses Zeichen wird häufig in der Paralyse beobachtet. — Hierher gehört auch das gewohnheitsmässige Wiederholen derselben Anrede oder Bitte, mit denselben stereotypen Worten und Geberden bei stets derselben Gelegenheit, z. B. die bei jeder Morgenvisite jahrelang wiederholte Bitte vieler Ver-

rückten um Entlassung, bei der sich die Kranken schliesslich selbst mehr kaum etwas denken. — Doch nicht immer braucht die Wortwiederholung ein Zeichen von Schwäche zu sein, sondern sie kann auch Wahnideen entspringen, z. B. die aus Respekt vor der heiligen Zahl dreimal wiederholte Aussprache desselben Wortes (von Krafft-Ebing).

c) in syntaktischen Sprachfehlern. Sie bestehen in Ausserachtlassung von Deklination und Conjugation mit hauptsächlicher Anwendung von Hauptwort, Infinitiv und Particip, und indem der Kranke in der Art und Weise kleiner Kinder in der dritten Person spricht, z. B. Karl im Garten gewesen, Bruder gekommen, Butterbrod gebracht, — oder in ungrammatikalischen Abwandlungen von Hauptwörtern in Zeitwörtern, z. B. Standpunkt — standpunkten.

d) in Neubildung von Wörtern, die alsdann entweder nur in Umstellung von Buchstaben besteht oder auch solche Veränderungen darbietet, dass gar kein erkennbarer Zusammenhang mehr mit dem alten Wortbild erhalten geblieben ist, z. B. Kastor oder Karper für Pastor oder Hingis für Messe u. s. w. Eine Erklärung dieser bei Verrückten nicht selten vorkommenden Dysphrasie ist zur Zeit noch unmöglich. Wir können nur sagen, dass sie ein Erzeugniss unbewussten Seelenlebens ist. (S. auch v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie.)

B. Die Störungen der Handschrift.

Die Schriftsprache ist neben der Lautsprache der höchste Ausdruck menschlicher Mittheilungsfähigkeit. Sie ist deshalb neben jener zugleich der schärfste Prüfstein für Inhalt und Leistungsfähigkeit des Intellekts. Sie ist auch ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel, zunächst weil viele Kranke, namentlich Verrückte, die sich mündlich ganz verschlossen zeigen, doch keinen Anstand nehmen, ihr Inneres auf dem Papiere zu offenbaren, — und alsdann, weil selbst mehr noch, wie bei der Lautsprache, Veränderungen der Schriftsprache charakteristisch für gewisse Irreseinsformen sind.

Wir unterscheiden mechanische und psychische oder dysgrammatische Veränderungen.

1. Die mechanischen Veränderungen sind Lähmungserscheinungen und gehören somit zu den motorischen Störungen. Man theilt sie ein:

a) In die ataktische Schrift. Dieselbe charakterisirt sich durch excessiv und schleudernd ausgeführte Buch-

staben, durch Nichteinhalten der geraden Linie mit Neigung zur Bogenlinie und durch mangelhaftes Auseinanderhalten der einzelnen Buchstaben, was Alles zusammen mehr oder weniger grosse Unregelmässigkeit bedingt.

Das Kind, welches Schreiben lernt, zeigt ataktische Schrift. In Krankheiten findet sie sich überall da, wo überhaupt ataktische Erscheinungen vorkommen, also in der Paralyse und dem Alkoholismus.

b) Die Zitterschrift charakterisirt sich dadurch, dass Auf- und Abstriche nicht fest in einer Linie, sondern in kleinen, den Zitterbewegungen entsprechenden Wellen verlaufen. Die einzelnen Buchstaben sind gleichmässig ausgeführt, die gerade Linie ist innegehalten. Die Zitterschrift ist deshalb nicht so unleserlich wie die ataktische.

Zitterschrift, welcher häufig mit ataktischer Schift verbunden vorkommt, findet sich hauptsächlich bei Lähmungen in Folge multipler Sklerose (Paralyse).

2. Die dysgrammatischen Veränderungen theilt man wiederum ein in:

a) die bewusstzwangsartigen. Zu ihr gehören Agraphie und Paragraphie. Bei der Agraphie kann das Zeichenbild für die Schriftzüge des Wortes nicht gefunden werden. Sie entspricht der amnestischen Aphasie. —

Paragraphie ist die Verwechslung von Schriftzeichen untereinander, sodass den richtigen Buchstaben oder Wörtern falsche untergeschoben werden.

Die Paragraphie heisst eine bewusstzwangsartige Schriftstörung, weil der Kranke sich des Fehlers bewusst ist, aber nicht anders schreiben kann.

b) in willkürlich nnbewusste. Sie kennzeichnen sich gleichfalls durch Einschiebung falscher Buchstaben und Wörter. Aber dasselbe geschieht unwillkürlich und ohne dass es der Kranke merkt. Wird er auf den Fehler aufmerksam gemacht, so verbessert er ihn oder sucht ihn zu verbessern. Wir finden diese Schreibweise vorzugsweise bei Paralytikern.

Für die Schrift der Paralytiker ist überhaupt die Verbindung der dysgrammatischen mit ataktischer Schrift charakteristisch, und zwar in der Weise, dass paralytische Handschriften mit keiner anderen zu verwechseln sind. Die Wichtigkeit dieses Umstandes für die Diagnose ist leicht begreiflich. Gemäss dem Sprichworte: „scripta manent“ lässt er sich z. B. in Rechtsstreitigkeiten noch viele Jahre nach dem Tode des Kranken diagnostisch verwerthen (s. Erlenmeyer, Die Schrift. Grundzüge ihrer Physiologie und Pathologie).

Dritter Abschnitt.

Die Ursachen des Irreseins.

Achtes Kapitel.

Die prädisponirenden Ursachen des Irreseins.

Die Kenntniss der Ursachen einer Geisteskrankheit ist stets sehr wichtig, weil durch sie erst die Diagnose vervollständigt wird. Denn da letztere sich nicht blos, wie wir später noch sehen werden, auf die klinischen Symptome beschränken darf, sondern sich auf die ganze Naturgeschichte des Kranken zu erstrecken hat, so liegt es auf der Hand, dass die Ursachen der Erkrankung nicht vernachlässigt werden dürfen. Die Erkenntniss derselben giebt nicht blos eine Vorstellung von dem Grade der Reizempfänglichkeit eines Kranken, sondern, was noch viel wichtiger ist, von seiner angeborenen oder durch das Leben erworbenen individuellen Veranlagung. Ausserdem aber ist sie auch deswegen wichtig, weil das klinische Bild mancher Krankheitsform geradezu von der Ursache sein Gepräge erhält. Dies gilt u. A. von dem erblichen Irresein und manchen Intoxikationspsychosen, wie der syphilitischen und alcoholistischen Psychose, ferner von solchen, die von gewissen Gehirnneurosen, wie Epilepsie und Chorea abhängen. Dass auch die Therapie wesentlich hierdurch beeinflusst wird, ist ohne Weiteres klar. Die genaueste Aufnahme der Anamnese ist deshalb von grösster Wichtigkeit.

Sehr selten, vielleicht niemals, erscheint Geisteskrankheit als Wirkung einer einzigen Ursache, sondern allermeist ist sie das Resultat der Complikation mehrerer Ursachen. Dafür spricht auch schon die Art und Weise, wie Geisteskrankheiten zu entstehen pflegen. Sie treten nicht plötzlich und unvermittelt, wie ein Blitz aus heiterem Himmel auf, sondern erscheinen meist lange vorbereitet als letztes Glied einer ganzen Reihe darauf abzielender, anfänglich verborgener und erst später erkennbar hervorgetretener äusserer Umstände oder geistig-körperlicher Vorgänge.

Deshalb wäre es sehr fehlerhaft, nur die zuletzt in Erscheinung getretenen, meist allerdings recht auffälligen ursächlichen Umstände in Betracht zu ziehen, die weiter zurückliegenden, oft viel wichtigeren, aber zu ignoriren. Eine durch erbliche Be-

lastung oder schwächende Krankheiten oder lange stillgetragenen Kummer bereits veranlagte Person z. B. wird von einer heftigen Gemüthserschütterung, verursacht durch Vermögensverlust oder Tod einer geliebten Person, getroffen und Geisteskrankheit bricht aus. Hier nun ist dieses zuletzt genannte Ereigniss zwar unzweifelhaft als Ursache anzuschuldigen, aber nicht als alleinige, ja, vielleicht nicht einmal als wichtigste. Denn ohne die vorausgegangenen veranlagenden Ursachen wäre wohl schwerlich Geisteskrankheit ausgebrochen, indem die Erfahrung lehrt, dass die Menschen, wenn sie sonst nur kräftig und widerstandsfähig sind, solche Schicksalsschläge, ohne geistig zu erkranken, ertragen. Vielmehr treten alsdann solche Ereignisse als Gelegenheitsursachen zu einer bestehenden starken Disposition hinzu.

Auch vor dem Irrthume, Ursache und Wirkung zu verwechseln, muss man sich hüten. Wenn z. B. bei einem Geschäftsmanne, nachdem er schwere Verluste erlitten, eine Geisteskrankheit ausbricht, so kann letztere wohl Folge, wird aber viel häufiger noch Ursache sein, insofern nämlich, als durch sie bereits die geschäftliche Beurtheilungsfähigkeit gelitten hatte und nun Verluste die Folge waren. Oder ein Anderer, von dem bekannt geworden, dass er kurz vor dem Ausbruche stark getrunken, wird irrthümlich beschuldigt, durch diese Excesse geisteskrank geworden zu sein, während er im Gegentheile letztere beging, weil er sich schon in krankhaft gereiztem Zustande befand. Die Form der Geisteskrankheit wird hierüber meist genügende Auskunft geben. Namentlich bei der Paralyse (s. Kap. 20) ist es meist nicht schwer, festzustellen, dass solche vermeintliche Ursache vielmehr Folge der erst im Beginn stehenden Krankheit war.

Es ist ohne Weiteres klar, dass reizende oder schwächende Einflüsse, welche das Gehirn treffen, Geisteskrankheit zu erzeugen im Stande sind. Nicht immer aber sind es direkt und unmittelbar, sondern viel häufiger allmählich und langsam wirkende Einflüsse, welche hier in Frage kommen. Ausserdem aber kommen hier die allgemeinen Verhältnisse, unter denen wir Alle als Mitglieder des genus homo und als Kulturmenschen stehen, in Betracht, oder, was dasselbe sagen will, der Grad der Reizempfänglichkeit, den wir diesen Verhältnissen entgegen bringen.

Darnach theilt man die Ursachen des Irreseins ein in prädisponirende und Gelegenheitsursachen (s. v. Krafft-Ebing l. c.).

Die prädisponirenden Ursachen zerfallen wiederum in allgemein und in individuell prädisponirende Ursachen.

A. Allgemein prädisponirende Ursachen.

1. Die Civilisation. Obgleich die allgemeinen Lebensverhältnisse, soweit sie in Nahrung und Wohnung bestehen, un-

zweifelhaft sich im Aufsteigen befinden, nimmt doch der Prozentsatz der Geisteskranken zu. Einerseits ist dies allerdings ein Verdienst der Civilisation, insofern nämlich unsere verbesserten materiellen Verhältnisse und die hohe Ausbildung unserer Wohlthätigkeitsanstalten viele Irre, wie auch schwächliche und krüppelhafte Kinder überhaupt, alt werden lassen, die früher keine so hohen Lebenschancen hatten. Andererseits aber trägt die Civilisation auch direkt zur Vermehrung der Geisteskranken bei, und zwar durch die erhöhten Anforderungen an die Leistungsfähigkeit unseres Gehirn- und Geisteslebens.

Politische und religiöse Kämpfe werden heutzutage an sich wohl kaum mehr als Ursache des Irreseins betrachtet werden können. Desto eher ist dies bei den gleichfalls im Gefolge der Civilisation auftretenden Reiz- und Betäubungsmitteln, vornehmlich dem Alcohol und Morphium, der Fall.

2. Die Nationalität scheint ohne Einfluss auf die Häufigkeit des Irreseins zu sein. Wenigstens bei den Kulturvölkern zeigt die Statistik, soweit eine solche vorhanden ist, kein Ueberwiegen des einen vor dem andern.

3. Die geographische Lage, beziehungsweise die damit verbundenen örtlichen Verhältnisse, bedingen ein endemisches Vorkommen gewisser Geisteskrankheiten. Hierher gehört der in einigen Thälern der Schweiz und Savoyens mit Kropf verbundene Cretinismus und die in Oberitalien einheimische, durch den Genuss von krankem Reis erzeugte, mit pellagrösem Juckausschlag verbundene Geisteskrankheit.

4. Das Geschlecht. Die Statistik ergiebt nicht mit hinlänglicher Sicherheit, dass das eine Geschlecht vor dem andern benachtheiligt wäre. Beide Geschlechter haben ihre besondere natürliche Disposition, die beim weiblichen Geschlechte hauptsächlich in den Anforderungen der Ehe, der Schwangerschaft, des Wochenbetts, des Selbstnährens, ferner umgekehrt auch in den psychisch-somatischen Gefahren der Ehelosigkeit, endlich aber in den Verhältnissen der Menstruation und der katamenialen Epoche begründet sind. Dagegen ist das männliche Geschlecht mehr durch Inanspruchnahme des Gehirns, ferner durch Missbrauch der Spirituosen und endlich auch durch die grössere Gefahr der syphilitischen Erkrankung disponirt.

5. Das Lebensalter. Jedes Lebensalter hat seine ihm eigenthümliche Disposition, und zwar entspricht das Krankheitsbild nach Art und Umfang jedesmal dem Grade der Entwickelung oder des Rückganges der seelischen Fähigkeiten. Deswegen unterscheiden sich die Psychosen des Kindesalters von denen des Mannes- und Greisenalters, und letztere beiden wieder von einander sehr wesentlich.

Das Kindesalter ist am günstigsten gestellt, indem hier Geisteskrankheiten nur selten vorkommen. Dies begreift sich leicht, wenn man bedenkt, dass das kindliche Seelenleben noch unentwickelt ist und dass viele Reize, welche auf die Erwachsenen wirken, noch nicht in Frage kommen. Auch die Einflüsse der Erblichkeit und der Erziehung kommen oft erst später zur Geltung. Daher, und weil psychische Eindrücke überdies viel rascher vergehen, als bei Erwachsenen, erscheinen Psychosen im Kindesalter meist als Resultat von auf das Gehirn und die Sinnesorgane einwirkenden körperlichen Krankheiten, z. B. von Masern und Scharlach und der diesen folgenden Hirnhautentzündungen.

Vorherrschend im Krankheitsbilde der kindlichen Psychosen sind triebartige verkehrte Handlungen. Mit der Entwickelung des Vorstellungslebens treten Sinnestäuschungen und hallucinatorische Wahnideen mit Verworrenheit hinzu, während bei der Dürftigkeit des Erfahrungsschatzes und der Leere des geistigen Hintergrundes systematisirte Wahnideen kaum beobachtet werden.

Wahre Melancholie kommt im Kindesalter nicht vor, häufig wird Stupor mit ihr verwechselt (s. Kap. 12). Manie macht sich höchstens als krankhafter Bewegungsdrang mit dem Charakter des Triebartigen und Automatischen bemerkbar.

Das Pubertätsalter zeigt schon eine Steigerung der Disposition und beträchtlichere Mannigfaltigkeit. Denn das Vorstellungsleben ist weiter entwickelt und hat durch das Hineinwachsen des mächtigen sexuellen Triebes eine bedeutende Bereicherung erfahren. Auch erbliche Einflüsse fangen an, sich in ausgedehnterem Umfange geltend zu machen. Letzterem Umstande ist es zuzuschreiben, dass Pubertätspsychosen häufig als geistige Entartungsvorgänge sich erweisen. Schwachsinn ist ein sehr häufiger Ausgang derselben.

Mit dem Namen Hebephrenie (Kahlbaum) bezeichnet man folgenden Symptomencomplex und Verlauf: Sehr rascher Wechsel der verschiedensten Formen, wie Melancholie, Manie, hallucinatorische Verwirrtheit und rascher Uebergang dieses amphibolen Stadiums in die eigenthümliche Art von Schwachsinn, welche sich durch (übrigens schon von Anfang an zu beobachtendes) läppisches Wesen und Oberflächlichkeit der Affekte bei redseligem, ruhelosem Gebahren auszeichnet.

Das Mannesalter weist für beide Geschlechter die höchste Disposition auf in Folge der Höhenentwickelung des geistigen Lebens mit vollendetem Aufbau des geistig-persönlichen Hintergrundes einerseits, — und die in keinem anderen Lebensalter erreichte Höhe der Ansprüche an die Leistungsfähigkeit beider Geschlechter in der ihnen eigenthümlichen Sphäre andererseits.

Besondere Erwähnung verdient noch das Climakterium der Frauen, indem es theils durch direkt schwächende Einflüsse,

theils durch nervöse Reizzustände im Genitalgebiete, im letzten Falle als Reflexvorgänge, zu Geisteskrankheit disponirt. Sehr häufig tragen klimakterische Psychosen einen ausgeprägt sexuellen Charakter. Sie ähneln hierin den Puerperalpsychosen.

Das Greisenalter ist das Zeitalter der rückgängigen Metamorphose, und da auch das Gehirn- und Geistesleben nicht mehr auf der vollen Höhe der Entwickelung steht, überdies auch die Ansprüche an die Leistungsfähigkeit bedeutend niedriger zu stehen pflegen, so ist auch die Disposition zu Geisteskrankheiten beträchtlich vermindert.

Andererseits ist in der durch den Altersschwund des Gehirns und die Arteriensklerose bedingten Ernährungsstörung eine neue Quelle für Geisteskrankheiten erschlossen.

Senile Geisteskrankheiten tragen entweder den Charakter des Blödsinns mit Abschwächung oder Schwinden mehr oder weniger aller geistigen Fähigkeiten, oder Wahnideen sind vorherrschend. Letztere sind meist depressiven Charakters.

B. Individuell prädisponirende Ursachen.

1. Die Erblichkeit. Die Lehre von der Erblichkeit enthält hauptsächlich folgende, auch diagnostisch wichtige, Sätze:

a) Die Vererbung geschieht direkt von der Ascendenz auf die Descendenz. Vererbung durch Seitenlinien, z. B. vom Oheim auf den Neffen, findet nicht statt.

b) Die Vererbung erstreckt sich nur auf Krankheitskeime und Krankheitsanlagen. Die Geisteskrankheit selbst, in dem Sinne, dass schon das neugeborene Kind mit Symptomen des Irreseins behaftet sei, wird nicht vererbt.

c) Die Vererbung kann eine oder mehrere Generationen hindurch latent bleiben, sodass ausgesprochene Geisteskrankheit erst in einer späteren Generation, z. B. beim Enkel, auftritt, während in den Mittelgliedern, z. B. beim Sohne, nur allgemein erbliche Disposition ohne äusserlich erkennbare Anomalien vorliegt.

d) Die Vererbung ist entweder eine gleichartige, wo bei Ascendenz und Descendenz dieselben Krankheitsformen oder dieselben krankhaften Triebe, z. B. zu Selbstmord, auftreten, — oder sie ist, was meist der Fall ist, eine ungleichartige, sodass bei den verschiedenen Gliedern einer erblich belasteten Descendenz die verschiedenartigsten Formen von Psychose beobachtet werden (Transmutation).

e) Nicht jedes Irresein, wo in der direkten Ascendenz gleichfalls das Vorhandengewesensein einer Geisteskrankheit nachgewiesen worden ist, braucht darum als ein erbliches

angesehen zu werden. Denn es brauchen auf die Ascendenz sowohl, wie auf die Descendenz nur Gelegenheitsursachen gewirkt zu haben. Man begnüge sich deshalb niemals mit der blossen Frage nach dem Vorhandengewesensein von Geisteskrankheiten in der Ascendenz, sondern erhebe genau alle Umstände. Namentlich ist es wichtig, zu wissen, ob der Zeitpunkt der Geisteskrankheit bei dem Vater (der Mutter) vor oder nach der Zeugung fällt.

f) Vererbte Geisteskrankheiten neigen zu Entartung. Dieselbe vollzieht sich alsdann nicht immer, wenn auch häufig, in demselben Individium, sondern mitunter oft erst in mehreren Generationen. So kommt z. B. im ersten Gliede affektives Irresein, im zweiten Wahnideen oder hallucinatorische Verworrenheit, im dritten terminaler Blödsinn vor, eine Reihenfolge, die sich im nichterblichen Irresein schon in einem und demselben Individuum abwickelt. Oder (nach Morel) wir finden in der ersten Generation ethische Defekte, z. B. Trunksucht, in der zweiten maniakalische Anfälle mit Tobsucht und Grössenideen, in der dritten hypochondrisch-melancholische Verstimmungen mit Mord- und Selbstmordneigung, in der vierten terminalen Blödsinn und Erlöschen des Stammes.

g) Erbliches Irresein pflegt sich vom nicht erblichen auch dadurch auszuzeichnen, dass es häufig schon in frühem Lebensalter auftritt. Man versäume deshalb nicht, namentlich bei Psychosen in der Pubertätszeit, nach den einschlägigen Verhältnissen zu forschen. Ferner zeichnet es sich auch dadurch aus, dass es auf Grund sehr geringfügiger Gelegenheitsursachen oder auch ganz ohne solche ausbricht und endlich durch die relativ rasche, jedoch meist nicht vollständige Genesung mit Neigung zu Rückfällen.

h) Geisteskrankheiten können auch von einer Ascendenz vererbt werden, die nicht selbst geisteskrank war, sondern an anderen Nervenkrankheiten, Epilepsie, Neurasthemie, Hysterie u. s. w. gelitten hat.

i) Aehnlich, wie erblich Veranlagte, verhalten sich auch Personen, die in frühester Kindheit durch Schädlichkeiten, welche die Entwickelung des Gehirns beeinträchtigt oder demselben eine krankhafte Richtung aufgezwungen haben, betroffen worden sind. Verwundungen, Schädelbrüche, Hirnhautentzündungen, auch akute Hautauschläge, frühzeitige Verknöcherung der Schädelnäthe spielen hier eine grosse Rolle.

k) Auch die erbliche Veranlagung kann man sich nicht anders, als in dem feineren Bau des Gehirns organisch begründet denken.

Diese angeborene sowohl, wie die in frühester Kindheit erworbene Krankheitsanlage bezeichnet man mit dem gemeinsamen Namen: Organische Belastung. (Griesinger.)

2. Die Erziehung. Sie ist, da sie gute Charakteranlagen entwickeln, schlechte oder krankhafte dagegen tilgen hilft, vielmehr ein Vorbeugungsmittel gegen Geisteskrankheit. Schaden kann sie durch übermässige Inanspruchnahme des Gehirns, vorzüglich zur Zeit der Pubertät, — sowie ferner dadurch, dass sie als fehlerhafte Charaktererziehung Affekte und Leidenschaften, z. B. Trotz, Zorn, Begehrlichkeit in der Seele des Kindes weckt und nährt, die Gewöhnung an Selbstbeherrschung dagegen verabsäumt.

3. Der Beruf. Im Allgemeinen gilt hier der Satz, dass Gehirnarbeiter, also Gelehrte, Künstler, grosse Kaufleute und Industrielle, mehr gefährdet sind, als Muskelarbeiter.

4. Besondere Lebensverhältnisse. Im Soldatenstande kommt Irresein nicht selten in Folge der Strapazen und der seelischen Aufregungen im Kriege, ferner aus Heimweh und gekränktem Ehrgefühl vor. — In Straf- und Gefangenenhäusern ist Irrsinn eine sehr häufige Erscheinung. Doch darf hierbei nicht ausser Acht gelassen werden, dass in den meisten Fällen schon vor Verbüssung der Strafe Geisteskrankheit oder die Keime dazu vorhanden waren. Angst und Gewissensbisse stellen namentlich bei Ausnahmeverbrechern, erstere auch bei Gewohnheitsverbrechern, immerhin ein gewisses Contingent. Für gewisse Naturen bildet auch die Isolirhaft eine Schädlichkeit, namentlich für solche beschränkten Geistes, die der Aussenreize nicht entbehren können, und für tief zerknirschte, von Gewissensbissen gepeinigte Ausnahmeverbrecher. Bei organisch Belasteten, welche unter der Verbrecherwelt sehr häufig sind, hilft Isolirhaft den Ausbruch der Krankheit beschleunigen.

Eine Menschenklasse, bei der Irrsinn nicht selten auftritt, sind die Prostituirten. Hier spielen Alkoholexcesse, syphilitische Erkrankungen, Entbehrungen eine grosse Rolle. Doch darf auch hier nicht übersehen werden, dass unter den Prostituirten, ebenso wie unter Verbrechern vor der Gefangenschaft, sich Viele befinden, die schon von Haus aus organisch belastet sind.

Neuntes Kapitel.

Die Gelegenheitsursachen des Irreseins.

A. Die psychischen Gelegenheitsursachen des Irreseins.

Heftige Affekte, wie Furcht, Schreck, plötzliche Freude, können zu Gelegenheitsursachen des Irreseins werden. Stets muss man sich aber dabei gegenwärtig halten, dass sie nur auf dem Umwege durch Erzeugung von Ernährungsstörungen des Gehirns zu wirken im Stande sind.

Häufiger sind es noch die langsam und tief untergrabenden Affekte des Kummers und der Trauer, vornehmlich Nahrungssorgen, gekränkte Ehre, Heimweh, Liebeskummer, welche allmählich die gesammte Ernährung untergraben und so Geisteskrankheit erzeugen helfen.

Blutzufluss und Ernährung des Gehirns hängen vom vasomotorischen System ab und dieses steht seinerseits wieder in engster Beziehung zu den Vorstellungscentren. Von der Beschaffenheit des vasomotorischen Systems hängt deshalb die individuelle Disposition zu Geisteskrankeiten grossentheils ab.

Psychische Ansteckung kann unter Umständen Geisteskrankheit zu Wege bringen. Man versteht darunter einen Vorgang, wo krankhafte Vorstellungen des Einen sich durch Umgang und Mittheilung auf einen Andern oder mehrere Andere übertragen und krankhafte Handlungen nachgeahmt werden, also eine wache Suggestion. Sie ist einzeln hier und da bei einsamen, in Weltabgeschiedenheit unter gleichen äusseren Verhältnissen lebenden Leuten, z. B. kinderlosen Ehepaaren oder Geschwistern, beobachtet worden. Die prädisponirenden Momente sind hier die gleichen und haben sich in beiden Personen gleichmässig und gleichzeitig langsam vorbereitend geltend gemacht. Es hat deshalb nichts Auffallendes, wenn auch ziemlich gleichzeitig bei Beiden die wirkliche Katastrophe eintritt.

Ergreift die Suggestion weitere Kreise und steht die suggerirte Vorstellung im Vordergrunde der geistigen Zeitinteressen, so kann es zu Massenerkrankungen und wirklichen Geistesepidemien kommen. Die Geschichte des Mittelalters weist viele Beispiele davon auf, z. B. die Flagellanten, die Kinderkreuzzüge, die Tanzwuth, die Judenverfolgungen, in späterer Zeit den fürchterlichen Hexen- und Dämonen-Aberglauben. — Man kann sagen, dass kein Zeitalter ganz sicher vor suggerirten Wahnideen ist.

B. Die körperlichen Gelegenheitsursachen des Irreseins.

Die körperlichen Gelegenheitsursachen des Irreseins sind die häufigsten und wichtigsten. Dass körperliche Krankheiten fast

ohne Ausnahme ihren Schatten auf das Gemüth werfen, ist eine altbekannte Erfahrung. Es braucht nur an die oft sehr tiefe Gemüthsdepression bei Magen- und Unterleibskrankheiten, an die Angstanfälle bei Störungen der Circulation und der Athemthätigkeit, an die sorglose, mit dem Ernste der Lage so weit kontrastirende Stimmung der Tuberculösen, an die fast maniakalische Hoffnungs- und Gesundheitsfreudigkeit vieler Pyämischer erinnert zu werden. Die Delirien bei akuten fieberhaften Krankheiten erinnern geradezu an hallucinatorische Geisteskrankheit und unterscheiden sich davon eigentlich nur durch die kurze Dauer des Zustandes, der mit dem Niedergange des Fiebers von selbst sich verliert.

Zu wirklicher Geisteskrankheit kommt es bei körperlichen Leiden jedoch erst dann, wenn die Ernährung des Gehirns dauernd in Mitleidenschaft gezogen wird, sei es durch idiopathische Gehirnkrankheiten selbst, wie Gummata und andere Neubildungen, sei es durch anämische oder hyperämische Zustände, oder endlich durch entzündliche Vorgänge in den Maningen, z. B. der so häufige Befund der Leptomeningitis.

1. Gehirnkrankheiten.

a) Verletzungen des Schädels und Gehirns können von dem sogenannten traumatischen Irresein gefolgt sein (s. Kap. 21).

b) Heerderkrankungen, Apoplexien, namentlich häufig capilläre, Neubildungen und Abscesse führen zu Geisteskrankheit, wenn sie die Hirnrinde direkt oder indirekt durch Druck, Oedem, sekundäre Gefässdegeneration u. s. w. mitbetheiligen. (Das Krankheitsbild s. Kap. 21.)

c) Die multiple Sklerose (s. Kap. 21). Aehnlich wie sie verhalten sich in ätiologischer Beziehung Cysticerken und Echinokokken.

d) Hirnhautentzündungen. Stauungen und Ausschwitzungen in der Pia beeinträchtigen, wenn sie nicht resorbirt werden, auch die Ernährung der Hirnrinde und geben so zu Geisteskrankheiten Veranlassung. Unter allen pathologisch-anatomischen Befunden bei Leichen Geisteskranker ist chronische Leptomeningitis der bei weitem häufigste, welcher überdies bei den verschiedensten Formen der Psychose gleicherweise zu erheben ist.

2. Rückenmarkskrankheiten sind wohl kaum jemals als direkte Ursache von Geisteskrankheit anzusehen. Im Verlaufe einer Tabes hat man mitunter schon vom Beginn an, ähnlich, wie es bei der Paralyse (s. Kap. 20) der Fall ist, Geistesstörungen beobachtet (Dementia tabetica). Mitunter treten letztere jedoch erst später auf.

3. Centrale Neurosen.

a) Hypochondrie,

b) Hysterie,
c) Epilepsie,
d) Chorea sind sehr häufige Veranlassungen des Irreseins, freilich nicht immer als direkte Gelegenheitsursache, sondern vielmehr durch allmähliche Umstimmung der nervösen Constitution eine Prädisposition vorbereitend. Die Krankheitsbilder s. Kap. 17.

4. Erkrankungen der Sinnesorgane, namentlich des Gesichts- und Gehörssinnes, sind sehr häufig direkte Veranlassung von Geisteskrankheit, indem sie nämlich Hallucinationen erzeugen. Es wäre ein Irrthum, zu glauben, dass Hallucinationen nur central entständen. Häufig sind sie auch durch Erkrankungen des peripheren Theiles des Sinnesapparates vermittelt, z. B. durch die der chronischen Nephritis eigenthümlichen Veränderungen der Retina oder durch Katarrhe der Paukenhöhle und Affektionen des Labyrinths u. s. w. (s. Kap. 2).

5. Neuralgien, Hyperästhesien, Parästhesien u. dergl. Erkrankungen peripherer Nerven führen auf reflektorischem oder vasomotorischem Wege zu Hirnreizung und Geisteskrankheit. Besonders häufig ist dies bei Neuralgien des Trigeminus der Fall. Pruritus der Geschlechtstheile, beim weiblichen Geschlecht nicht selten in der Katamenialzeit vorkommend, vermittelt nymphomanisch-tobsüchtige Aufregungen, welche mit Beseitigung des Pruritus gleichfalls wieder schwinden. Parästhesien von sensiblen Hautnerven verdanken besonders häufig die Wahnideen der Fernwirkung, z. B. elektrisirt oder von Ferne mit Spiegeln beobachtet zu werden, ihren Ursprung.

6. Chronische Krankheiten der vegetativen Sphäre. Sie wirken gleichfalls mehr prädisponirend durch langsame Untergrabung der Ernährung des Gehirns, als direkt veranlassend. Namentlich gilt dies von der

a) Lungentuberkulose, deren ursächliche Bedeutung überhaupt geringer ist, als man früher anzunehmen geneigt war.
b) Magendarmkatarrhe und Leberleiden rufen mehr wie andere durch fehlenden Appetit und Ekel ein uncomfortables Gefühl wach und stehen aus diesem Grunde auch am engsten mit Gemüthsdepressionen, welche sich zu tief-hypochondrischen und melancholischen Affekten steigern können, in ursächlichem Zusammenhange. Durch Wurmreiz, also vom Darme aus, reflektorisch erzeugte Psychosen mit maniakalisch aufgeregtem Charakter, werden in der Literatur geschildert. Oxyurus kann ebenso wie Pruritus der Geschlechtstheile durch heftiges Jucken zu tobsüchtiger Aufregung führen.
c) Herzkrankheiten können durch Störungen des Kreislaufes die Ernährung des Gehirns beeinträchtigen, auch

direkt durch Embolieen apoplektische Anfälle, in deren Gefolge Geisteskrankheit eintritt, erzeugen. Asthmatische Anfälle, welche vom Herzen ausgehen, können sich zu psychischen Angstanfällen mit tobsüchtiger Aufregung steigern.

d) Geschlechtskrankheiten. Beim männlichen Geschlecht kommt hauptsächlich Impotenz und Spermatorrhoe in Frage. Beide Zustände sind an sich schon Symptome eines neuropathischen Zustandes, der sich aber unter Mithilfe des durch denselben gesetzten Krankheitsgefühles zu schweren hypochondrisch-melancholischen Affekten mit Lebensüberdruss steigern kann.

Beim weiblichen Geschlecht spielen Geschlechtskrankheiten noch eine erheblich wichtigere Rolle in der Pathogenese des Irreseins. Ihre Wirkung kann sein

α) eine schwächende durch Säfteverluste bei profuser Menstruation oder langdauernder Blenorrhoe mit ihren Folgewirkungen auf die Ernährung des Gehirns;

β) eine damit häufig im Zusammenhang stehende direkte psychische Wirkung durch Kummer über vorhandene Unfruchtbarkeit u. dergl.

γ) eine neurotische durch Reflex oder Irradiation auf das Gehirn. Schon bei dem physiologischen Vorgange der Menstruation findet sich bekanntlich häufig Verstimmung und erhöhte Reizbarkeit bei geringerer Widerstandsfähigkeit. Bei belasteten „nervösen" Frauen können sich diese Zustände auch ausserhalb der Menstruationszeit alsdann zu wirklichen Psychosen ausbilden. Auch die periodischen Aufregungszustände vieler chronisch kranker Frauen und Mädchen hängen offenbar mit Vorgängen in der Geschlechtssphäre, wenn auch nicht jedesmal mit den äusserlich in Erscheinung tretenden der Menstruation zusammen.

Dass plötzliche Unterdrückung des Monatsflusses, namentlich wenn ein schreckhafter Affekt hinzutritt oder dieselbe veranlasst, hallucinatorisch-tobsüchtige Aufregung bewirken kann, ist eine wohlbeglaubigte Erfahrung. Hier scheinen fluxionäre Zustände in den Retinal- und Pia-Gefässen eine nicht unwichtige Rolle zu spielen. Schwangerschaft, Wochenbett und Lactation stellen gleichfalls wichtige Ursachen dar.

Wodurch Schwangerschaft krankmachend wirkt, ist schwer zu sagen. Möglich, dass Circulationsstörungen, vielleicht mit Gehirnanämie vorhergehend, anzuschuldigen sind, oder Stauungen in den Nieren mit leichten urämischen Affektionen. Gegen letztere Annahme würde allerdings der Umstand sprechen, dass

Schwangerschaftsspychosen nach der Entbindung sich nicht zu verlieren pflegen.

Der Gebärakt kann bei langer Dauer und grosser Schmerzhaftigkeit Zustände vorübergehender Verwirrtheit und tobsüchtiger Aufregung erzeugen.

Das Wochenbett ist eine ergiebige Quelle von Psychosen. Vorausgegangene schwere Blutungen, Fieber, auch psychische Einflüsse, namentlich bei unehelich Gebärenden, vor Allem aber wohl neurotische Irradiation erscheinen hier von massgebendem Einflusse. Häufig tritt die Wochenbettpsychose schon innerhalb der ersten neun Tage ein. Sie erscheint entweder als Melancholie oder als Stupor oder als Manie oder als hallucinatorische Verworrenheit. Die frühere Ansicht, nach welcher man der Wochenbettpsychose eine besondere spezifische Form (Puerperalmanie) beilegte, ist jetzt meist aufgegeben. Doch lässt sich nicht leugnen, dass derselben einige Züge eigenthümlich sind, so das plötzliche Auftreten von Sinnestäuschungen, das rasche Ansteigen zu tobsüchtiger Verworrenheit, die, gleichfalls von Manchen geleugnete, nach unseren Erfahrungen aber doch vorhandene leicht erotische Färbung der Delirien, auch die nach Abfall der akuten Erscheinungen vor Beginn der Rekonvalescenz eintretende tiefe psychisch-somatische Erschöpfung.

Geisteskrankheiten, welche in der Stillungsperiode auftreten, sind wohl stets auf Anämie und Erschöpfung beruhende Psychosen, sogenannte Inanitionspsychosen.

7. Geschlechtliche Ausschweifungen beim Manne sind oft schon an sich ein neuropathisches Symptom. Sie wirken theils direkt durch Säfteverlust, theils auf neurotischem Wege. Dies gilt weniger noch von der Befriedigung des Geschlechtstriebes auf natürlichem Wege, als von der Onanie. Deren Wirkung auf das Centralnervensystem, beziehungsweise das Gehirn, ist zunächst eine erschöpfende und virtuell herabsetzende. Die Kranken sind abgespannt, müde, unfähig zu begreifen, lassen Symptome von Schwachsinn erkennen. Ebenso leidet die Energie der übrigen Geistes- und Gemüthskräfte. Gemüthsleere, Interesselosigkeit, Unfähigkeit sich aufzuraffen, bilden sich aus. Dazwischen treten mitunter Episoden melancholischer Verstimmung oder religiöser Exaltation ein, Scheu vor den Menschen, genährt durch die Furcht, man könne ihnen ihr Laster ansehen, gesellt sich dazu. Durch die Symptome spinaler Irritation, nämlich dyspnoëtische Anfälle, Herzklopfen mit Präkordialangst, Kopfweh, Ohrensausen, schreckhaften Schlaf, Gliederschmerzen, Ermattung, nervösen Hodenschmerz u. s. w. wird das vielgestaltige Bild noch mannigfaltiger. Es muss bemerkt werden, dass die aus geschlechtlichen Ausschweifungen herrührenden Ursachen nicht sowohl Gelegenheitsals prädisponirende Ursachen darstellen.

8. Die Syphilis wird durch Lokalisation im Gehirn und indem hierdurch diffus-entzündliche Zustände gesetzt werden, eine nicht seltene, und bei der Häufigkeit der Syphilis überhaupt nicht zu unterschätzende Ursache von Geisteskrankheit (s. Kap. 21).

9. Akute fieberhafte Krankheiten. Die Psychose tritt hier entweder auf der Höhe des Fieberstadiums oder bei und nach dem kritischen Abfall, beziehungsweise der Einleitung der körperlichen Rekonvalescenz auf. Im ersteren Falle wohl hauptsächlich durch fluxionäre Hyperämie des Gehirns bedingt, zeichnet sie sich durch hallucinatorische Verworrenheit und furibunde Delirien, die sich von wahren Fieberdelirien zunächst nur durch ihre längere Dauer unterscheiden, aus. Im zweiten Falle scheint umgekehrt Anämie des Gehirns veranlassendes Moment zu sein. Auch hier spielen Hallucinationen eine grosse Rolle, aber Verworrenheit und motorische Erregung sind nicht so hervortretend. Dagegen kommt es zu ängstlichen Affekten und Wahnideen.

Die häufigste Betheiligung zeigen Pneumonie, Typhus, Scharlach, ferner Intermittens und akuter Gelenkrheumatismus.

10. Vergiftungen (akute und chronische). Durch Alkohol, Morphium und andere Narkotica, Cocaïn, Chloroform, Aether, Tabak, ferner durch Blei und durch giftige Gase, sind zum Theil längst bekannte Ursachen von Geisteskrankheiten (s. Kap. 18).

Vierter Abschnitt.

Die einzelnen Irreseinsformen.

Zehntes Kapitel.

Die Eintheilung der Irreseinsformen.

Aus den Elementarstörungen setzen sich die einzelnen Formen des Irreseins zusammen. Zugleich aber erhalten beide ihre eigenthümliche Färbung durch die veranlassende Krankheitsursache. So sind die Grössenideen eines aus psychischer Ursache Maniakalischen ganz andere, als die eines Paralytikers, die Verfolgungsideen eines an primärem Wahnsinn Leidenden erblich Belasteten andere, als die eines Epileptikers, die hallucinatorische Verworrenheit des Trinkers wieder anders, als die eines an periodischer Psychose Leidenden. Auch der Verlauf und das Gesammtbild der Krankheit gestaltet sich je nach der veranlassenden Ursache ganz verschieden. Vergleicht man z. B. einmal das alcoholistische Irresein mit dem epileptischen, so finden sich in beiden als Elementarstörungen Hallucinationen, Verworrenheit, tobsüchtiger Bewegungsdrang, Wahnideen, Krämpfe u. s. w. Trotzdem ist das Bild beider Krankheiten nicht blos in seinen Einzelheiten, sondern auch dem ganzen Verlaufe nach grundverschieden. Zieht man nun ausserdem noch die unerschöpfliche Menge individueller Züge in Betracht, so findet man die Erklärung für die ausserordentliche Mannigfaltigkeit der psychotischen Bilder. Dieselbe ist so gross, dass man sagen muss — kein Fall gleicht ganz dem andern, vielmehr trägt jeder sein eigenes Gepräge. Es hat deshalb Autoren gegeben, welche soweit gegangen sind, zu behaupten, eine nach einem bestimmten Principe aufgestellte und consequent durchgeführte Eintheilung der Geisteskrankheiten könne es überhaupt nicht geben. Man thäte deshalb besser, ganz darauf zu verzichten und jeden Fall gewissermassen als eine Species für sich zu betrachten. Dieser Ansicht steht allerdings die Erkenntniss zur Seite, dass es nicht genügt, den einzelnen Fall unter ein Schema zu rubriciren und mit einem Krankheitsnamen, der überdies meist nicht einmal alle Symptome deckt, zu belegen, — sondern dass man ihn zugleich nach seinen zahlreichen individuellen Zügen beurtheilen muss, wodurch erst die

Diagnose zur wirklichen individuell-anthropologischen wird. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, nicht blos, dass Verallgemeinerungen und Abstrahirungen überhaupt ein wesentliches Hilfsmittel des menschlichen Intellekts, ohne welches demselben der Blick über grössere Gebiete verschlossen wäre, darstellen, — sondern dass sich gerade auch bei Geisteskrankheiten praktisch ohne Eintheilung und Gruppirung nicht auskommen lässt.

Von verschiedenen Seiten kann man der praktischen Erledigung der Sache näher treten und man hat deshalb auch schon die verschiedensten Eintheilungsprincipien in Vorschlag gebracht. Es lässt sich darüber Folgendes sagen:

a) Das pathologisch-anatomische Eintheilungsprincip. In Anbetracht, dass Geisteskrankheiten stets körperlich begründet sind, scheint dies der einzig richtige Standpunkt zu sein. Aber er scheint es auch nur. Denn in der That sind wir, wie schon in der Einleitung gelehrt wurde, noch lange nicht so weit, psychische Krankheitssymptome überall mit pathologisch-anatomischen Befunden decken, oder gar den Verlauf einer ganzen Krankheit aus parallel laufenden körperlichen Erscheinungen erklären zu können. Am ersten entsprechen noch die aus wirklichen Cerebropathieen, z. B. Gehirnsyphilis, multipler Sklerose entstandenen Psychosen, ausserdem die Paralyse, dieser Anforderung. Die verborgenen Beziehungen zwischen Körper und Geist, zwischen geistiger Affektion und Gehirnpathologie immer weiter aufzudecken, ist eine Hauptaufgabe der Psychiatrie und wir werden uns dem Ziele mehr und mehr nähern. Aber als Eintheilungsprincip ist der pathologisch-anatomische Standpunkt zunächst noch unbrauchbar.

b) Das psychologisch-symptomatische Eintheilungsprincip. Es ist das älteste, noch heute am meisten gebräuchliche und dabei bequemste. Denn es gestattet, alle Krankheitsformen in gewissen grossen nach den psychologischen Kategorien des Fühlens und Empfindens, des Vorstellens und Urtheilens und des Handelns geordneten Gruppen zusammenzufassen. Aber es ist zugleich auch unlogisch, indem es ätiologisch und klinisch ganz verschiedene Zustände in einer Gruppe vereinigt, zusammengehörige dagegen trennt. So vereinigt es z. B. die ganz von einander verschiedenen Formen der primären und der sekundären Paranoia in einer Gruppe (Wahnsinn), während es letztere, von dem sekundären Blödsinn, dessen Vorstufe es ist, abtrennt. Trotz solcher Mängel ist der psychologische Standpunkt nicht zu entbehren.

c) Das ätiologische Princip gruppirt die Formen nach ihren Ursachen. Es erweist sich als sehr fruchtbar, indem dadurch genügend von einander unterschiedene, scharf umrissene Krankheitstypen mit bestimmtem Verlauf geschaffen werden. So sprechen wir von einem epileptischen, einem luetischen, einem alcoholistischen, einem Pubertäts-, einem senilen Irresein, einem Irresein der Gefangenen und Vagabonden u. s. w. und mit jedem dieser Ausdrücke verbinden wir die Vorstellung eines klinisch von jedem andern scharf getrennten Krankheitsbildes. Aber es ermöglicht keine Vollständigkeit, indem bei einer grossen Reihe von Krankheitsformen die Aetiologie überhaupt noch vollkommen dunkel ist.

d) Das auf dem Verlaufe fussende Eintheilungsprincip. Man spricht hier von einem transitorischen, einem akuten, einem chronischen, einem periodischen und circulärem Irresein. Als alleiniges Eintheilungsprincip hat dasselbe natürlich keine Berechtigung, da es nur eine sehr ungenügende Gruppirung möglich machen würde.

e) Das moderne klinische Eintheilungsprincip geht von einem eklektischen Standpunkte aus, indem es von jedem der vorhergenannten Eintheilungsprincipien etwas angenommen hat. Es kennzeichnet sich dadurch, dass es zu Krankheitstypen solche Fälle zusammenfasst, die durch Gleichartigkeit der Pathogenese, der Symptome, des Verlaufes und womöglich auch der pathologisch-anatomischen Grundlage zusammengehören. Hier ist jedoch Alles noch im Fluss, eine feste allgemein anerkannte Norm noch nicht gefunden. Man ist noch fortwährend darauf aus, Krankheitstypen auszusondern, deren Berechtigung wieder von Andern angefochten wird, und jeder Autor, jeder Lehrer hat sich wohl seine eigene Eintheilung zurechtgemacht. Die in Folgendem gegebene Eintheilung schliesst sich im Wesentlichen an die von Mendel (Berlin) an.

Elftes Kapitel.

I. Angeborene oder in frühester Kindheit erworbene Entwickelungshemmungen des Gehirns mit geistigen Störungen.

Der Idiotismus und Cretinismus.

Unter Idiotismus (Idiotie) versteht man eine durch gehemmtes Gehirnwachsthum in frühester Kindheit, beziehungsweise

dem Fötalleben erworbene oder angeborene Entwickelungshemmung der geistigen Thätigkeiten.

Als Ursachen, welche während des Fötallebens einwirken, sind mechanische Verletzungen der Mutter, beziehungsweise der Frucht, zu bezeichnen, ferner solche Krankheiten der Mutter, welche die normale Entwickelung der Frucht gestört haben. Unter solchen Umständen ist der Idiotismus also angeboren, braucht aber nicht nothwendig unter die Kategorie der ererbten Krankheiten zu fallen.

Nach der Geburt wird Idiotismus ebenfalls erworben durch Schädlichkeiten, welche Schädel und Gehirn treffen, in erster Reihe also durch mechanische Verletzungen. Alsdann sind Entzündungen des Gehirns und der Gehirnhäute, wie sie namentlich im Gefolge akuter Infektionskrankheiten, z. B. des Scharlach, der Masern u. s. w. auftreten, zu nennen. Schlechte Gesammternährung, Vergiftungen durch Missbrauch von Opiaten und Spirituosen, letztere entweder direkt oder durch Vermittelung der Mutter- und Ammenmilch eingeführt, dürfen gleichfalls als ursächliche Momente betrachtet werden.

Gehemmte Gehirnentwickelung geht mit gehemmtem Schädelwachsthum Hand in Hand. Entweder ist dann das Gehirn das primär erkrankte Organ und das Schädelwachsthum bleibt in Folge der gehemmten Gehirnentwickelung zurück, oder die Krankheit beginnt umgekehrt mit zu früher Verknöcherung der Schädelnäthe, in Folge deren das Gehirn keinen genügenden Raum zu seiner Entwickelung findet.

Folgende zwei Haupttypen der Wachsthumshemmung des Schädels, beziehungsweise des Gehirns, sind zu unterscheiden:

1. Die Mikrocephalie. a) Die Wachsthumshemmung ist eine nahezu gleichmässige. Alle Durchmesser sind verkleinert, die Gestalt des Schädels an sich ist im Uebrigen aber proportionirt.

   b) Die Wachsthumshemmung ist ungleichmässig. Die Näthe des Schädeldaches verknöchern zu frühzeitig, während die Schädelgrundfläche frei bleibt. Hier sind bei anscheinend regelrechter Entwickelung der letzteren und des Hinterhauptes die mittleren, seitlichen und vorderen Parthieen verkümmert. Die Stirn fliegt zurück und die Nasenwurzel liegt zu hoch, sodass die Stirn gerade in die Nase übergeht. Dieser physiognomisch sehr charakteristische Typus wird der Vogel- oder Aztekentypus genannt.

2. Die Makrocephalie. Die Wachsthumshemmung ist hier meist gleichfalls eine partielle und zwar betrifft die frühzeitige Verknöcherung die Schädelbasis, während die Schädeldecke frei bleibt. Hieraus entsteht ein dem mikrocephalen, beziehungs-

weise dem Aztekentypus ganz entgegengesetztes physiognomisches Bild, nämlich breites Schädeldach mit auseinanderliegenden Augen, vorgeschobenen Gesichtstheilen, namentlich Nase, Jochbein und Kiefern, tiefe und breite Nasenwurzel. Hydrocephalische Ergüsse in den Seitenventrikeln sind eine selten fehlende Begleiterscheinung des makrocephalen Typus. Der Kopf zeigt oft eine monströse Vergrösserung (Wasserkopf) und kann nicht mehr aufrecht getragen werden, so dass er hintenübersinkt.

Mit den Entwickelungshemmungen des Schädels pflegen auch solche des übrigen Körpers einherzugehen. Meist trifft man gehemmtes Wachsthum des Skeletts, Kleinheit, zwerghaften, verkrüppelten Wuchs. Dazu gesellen sich Erscheinungen an verschiedenen Organen, die gleichfalls direkt auf mangelnde Entwickelung der den letzteren entsprechenden Gehirntheile zurückzuführen sind, nämlich Verkümmerung der Sinnesorgane, Blindheit, Schwerhörigkeit, Taubheit, mangelnder Geruch und Geschmack, Anästhesieen und Analgesieen, ferner Krämpfe, choreatisch-automatische Bewegungen, Lähmungen der willkürlichen Muskelparthieen und der Sphincteren, Strabimus u. s. w.

Die Thätigkeit der vegetativen Organe liegt gleichfalls häufig darnieder, Stoffwechsel und -Anbildung gehen träge vor sich, die sexuellen Funktionen sind unentwickelt.

Häufig findet sich Kropf. Makrocephaler Typus in Verbindung mit Kropf, als endemisches Leiden in gewissen Gegenden der Schweiz und Savoyens vorkommend, ist das charakteristische Merkmal des Kretinismus. Ein Kretin ist also jedesmal ein Idiot, ein Idiot braucht aber nicht zugleich ein Kretin zu sein.

Auch ohne dass jedesmal ein ausgesprochener mikro- oder makrocephaler Typus vorzuliegen braucht, finden sich bei organisch (erblich oder angeborenen) belasteten Individuen zahlreiche trophische Abweichungen, die man Degenerationszeichen nennt. Es gehören dazu Asymmetrie des Schädels, Schiefstehen der Zähne, der Nase, der Augenhöhlen, Hasenscharte und Wolfsrachen, überhaupt Missbildungen des Gaumens, — ferner Verkümmerung und Missbildung der Ohren, namentlich Fehlen des Ohrläppchens, — Blindheit, Albinismus und andere Augendefekte, — Verkrüppelung von Gliedmassen, namentlich häufig Klumpfuss und Klumphand, — Verkümmerung der Geschlechtstheile, zu kleiner Penis, Epi- und Hypospadie, Anorchie oder Kryptorchie, Fehlen des Uterus oder der Vagina, — endlich auch Hermaphroditismus u. s. w.

Es liegt auf der Hand, dass keines dieser Degenerationszeichen für sich allein eine diagnostische Bedeutung hat. Aber in zweifelhaften Fällen können sie mit zur Diagnose herangezogen werden, und namentlich ist es erlaubt, dort, wo auch

psychische Symptome für das Vorhandensein einer Geisteskrankheit sprechen, durch sie den Beweis zu vervollständigen.

Auf geistigem Gebiete kennzeichnet sich die Entwickelungshemmung des Gehirns wesentlich als Verkümmerung oder gänzliches Fehlen geistiger Fähigkeiten. Man darf annehmen, dass der geistige Defekt proportional ist dem Umfange der Gehirnverkümmerung. Betrifft letztere ziemlich gleichmässig alle Theile, wie beim einfachen mikrocephalen Typus, so wird der geistige Defekt sich ebenfalls in einem gleichmässigen Darniederliegen aller Funktionen äussern. Bei partieller Verkümmerung jedoch wird sich der geistige Defekt vorzugsweise in den von diesen materiellen Unterlagen abhängigen Funktionen zeigen, wobei zugleich andere durch die Störung des Gleichgewichts stärker entwickelt scheinen können. Bei dem Azteken- oder Vogeltypus ist das Vorderhirn, überhaupt das Grosshirn verkümmert, wogegen das kleine und das Mittelhirn nebst verlängertem Mark und Rückenmark gut entwickelt sind. Deshalb bieten diese Kranken neben Verödung der höheren geistigen Eigenschaften ein beträchtliches Ueberwiegen des Bewegungslebens dar. Sie sind äusserst beweglich, können nicht einen Augenblick still sitzen, huschen hier hin und dort hin und lassen sich durch Nichts auch nur kurze Zeit fesseln. In der That gleichen sie so nicht nur durch ihre Physiognomie mit den lebhaften beweglichen Augen, sondern auch durch ihre rastlose Unruhe Vögeln.

Bei dem makrocephalen Typus liegt umgekehrt das Sinnes- und Bewegungsleben schwer darnieder, freilich, ohne dass zugleich das höhere Geistesleben gewonnen hätte. Dass manche Idioten für gewisse Fächer, z. B. mechanische Fertigkeiten, Musik u. s. w. eine hervorragende Begabung zeigen, ist ohne Zweifel wohl auf compensirende Hypertrophie der betreffenden Hirntheile zurückzuführen.

Was den Umfang des idiotischen Defekts anbetrifft, so hat man verschiedene Grade unterschieden, doch genügt die Unterscheidung in zwei Grade, den Blödsinn und den Schwachsinn.

A. Der idiotische Blödsinn stellt auf seiner tiefsten Stufe, dem sogenannten apathischen oder torpiden Blödsinn, einen Zustand fast gänzlichen Mangels aller geistigen Thätigkeiten dar. Schon die Sinneswahrnehmungen sind unvollkommen, indem wohl Perception eintritt, die Apperception aber nur sehr unvollkommen ist. In Folge dessen bildet sich kein Vorstellungsschatz, Erinnerung, Gedächtniss, logische Verknüpfung von Vorstellungen sind nicht vorhanden. Auch die Sprache fehlt, oft schon wegen Verkümmerung der ihr dienenden Organe, meist aber, weil auch die Apperception des Gehörten fehlt.

Ebenso eingeschrumpft ist das Gefühlsleben. Schmerz und Freude werden nicht empfunden, höchstens als oberflächliches

körperliches Behagen. Affekte zeigt der tiefstehende Idiot nur dann, wenn seine Person irgend eine Beeinträchtigung, namentlich sein thierisches Streben eine Behinderung erfährt. Sie pflegen sich alsdann in tobsüchtigen Wuthausbrüchen zu entladen.

Auch das motorische Leben liegt, wenigstens bei den tiefstehenden makrocephalen Idioten, oft ganz darnieder und äussert sich vorzugsweise in automatischen Bewegungen. Gewollte Bewegungen werden nur vom Hunger, dem einzig die Seele beherrschenden Triebe, ausgelöst. Mitunter kommt auch dieser nicht zum Bewusstsein, ebensowenig wie die spontan erfolgenden Ausleerungen. Der physiognomische Ausdruck ist, entsprechend der geistigen Leere, gleichfalls vollkommen leer und stumpf.

Von der apathisch-torpiden Form unterscheidet man die erethische Form.

Der erethisch-blödsinnige Idiot ist lebhafteren Geistes, die Sinneswahrnehmungen werden appercipirt, obgleich der Vorstellungsinhalt immer ein sehr dürftiger bleibt. Begehren und Streben, wenn auch nur auf die äusserlichsten Dinge oder auf Befriedigung des Nahrungstriebes gerichtet, machen sich oft in stürmischer Weise Luft. Der Bewegungsdrang ist sehr lebhaft.

Der diagnostische Unterschied zwischen dem apathischen und dem erethischen Blödsinn beruht also in Folgendem:

1. Im äussern Habitus und der Physiognomie. Der apathische Blödsinn entspricht im Allgemeinen dem makrocephalen, der erethische dem Vogeltypus.

2. Im äussern Verhalten. Der apathisch Blödsinnige ist schwer beweglich, der erethisch Blödsinnige leicht beweglich.

3. In der Reaction auf äussere Eindrücke. Der apathisch Blödsinnige reagirt weniger rasch auf Eindrücke der Aussenwelt, als der erethisch Blödsinnige, nicht jedesmal deshalb, weil sein Vorstellungsvermögen weniger vermöchte, als weil die Umsetzung von Vorstellungen im Wollen und Handeln langsamer von Statten geht.

B. Der idiotische Schwachsinn zeigt natürlich die allerverschiedensten Abstufungen, von der Stufe, wo der Kranke sich noch in der Welt zu bewegen, selbst eine gewisse Rolle zu spielen weiss und dem oberflächlichen Beobachter überhaupt nichts krankhaftes darzubieten scheint, bis zu der nahe an der Grenze des Blödsinns stehenden. Die höher stehenden Schwachsinnigen können der Diagnose oft grosse Schwierigkeiten bereiten. Bei genauerer Untersuchung aber wird man immer finden:

1. Schwäche des Intellekts, dem Kraft, Tiefe und Ausdauer abgehen. Er fasst nur die Oberfläche der Erscheinungen, tiefer gehende Combinationen aber bleiben ihm verschlossen. Einen Gedankengang beharrlich zu verfolgen und logisch auszudenken ist er nicht im Stande. Deswegen ist die Bildung stets

nur oberflächlich, der Geist arm an positiven Kenntnissen. Vor Allem aber ist die Fähigkeit, Abstractionen zu bilden, verkümmert.

2. Schwäche des Charakters. Die höheren ethischen Impulse sind verkümmert. Das Gefühl der Manneswürde, der Standesehre, der Zugehörigkeit zur Menschheit, zum Vaterlande, das Pflichtgefühl, für das allgemeine Beste zu wirken ist nicht lebendig. Der schwachsinnige Idiot ist darum stets ein volllendeter Egoist. Man darf sich hier durch angelernte Formen und Gewohnheiten nicht täuschen lassen.

3. Stimmungsanomalien. Selten ist die Stimmung eine gleichmässig ruhige. Meist ist sie vielmehr abnorm erhöht. Der Kranke ist von seinem Werthe überzeugt, zeigt Selbstüberhebung und ungeordnete Vielgeschäftigkeit. Umgekehrt sieht man auch statt des in erhöhtem Thätigkeitsdrange sich äussernden Selbstgefühles vielmehr Willens- und Energielosigkeit, welche alle Förderung nur von Aussen erwartet.

Von einem Verlauf des Idiotismus kann man, da dieser nicht sowohl eine Krankheit, als einen habituellen Zustand darstellt, nicht eigentlich sprechen. Man kann nur sagen, dass er meist rasch auf der degenerativen Bahn abwärts führt und das Leben abkürzt. Nur Kranke mit leichten Formen können ein hohes Alter erreichen, obgleich sie äusseren Reizen gegenüber nur geringe Widerstandskraft entgegen zu setzen haben und stets zu den „anfälligen“ Personen gehören. Heilung ist selbstverständlich ausgeschlossen. Doch kann auch bei tief stehenden Idioten durch Pflege und Erziehung dem weiteren Verfalle vorgebeugt und, innerhalb der Grenzen der Entwickelungsfähigkeit des Gehirns, selbst eine Bereicherung des Vorstellungsschatzes, sowie die Aneignung mechanischer Fertigkeiten erzielt werden.

Anhang.

Das moralische Irresein (Moral insanity).

Es giebt von Haus aus, d. h. erblich oder sonstwie organisch Belastete, bei denen der Schwachsinn sich vornämlich auf ethischem Gebiete zeigt. Im Allgemeinen also gleichen die Syptome den oben geschilderten des schwachsinnigen Idioten. Was dem Bilde aber sein eigenthümliches Gepräge verleiht, ist eben das starke Ueberwiegen des ethischen Defekts. Man hat diese Krankheitsform, welche schon Pinel als „Geistesverwirrung ohne Störung des Verstandes, bei der gleichsam nur das Willensvermögen verletzt ist“, als Mania sine delirio beschreibt, nach dem Vorgange Prichard's (1835) moral insanity benannt.

Folgendes sind die auszeichnenden Symptome:

1. Moralische Gefühlsstumpfheit. Sie ist das psychische Hauptmerkmal des Leidens, aus dem alle andere Erscheinungen

zu erklären sind. Der Kranke kennt die Sittengesetze wohl, aber sie sind ihm nicht in Fleisch und Blut übergegangen, ihre Motive sind ihm fremd geblieben. Sinn und Streben sind nur auf Befriedigung materieller Bedürfnisse oder oberflächlichen Zeitvertreib gerichtet, Interessen für Höherliegendes, z. B. für das öffentliche Wohl, existiren für den Kranken nicht. Daher sein vollendeter Egoismus, seine Gleichgiltigkeit und Herzenshärte gegen fremde Leiden, sein Mangel an Liebe, ja selbst an Anhänglichkeit an seine nächsten Angehörigen und Blutsverwandte. Da ethisch-religiöse Anschauungen fehlen, kommt es auch nie zur Reue und inneren Einkehr, fremde Ermahnungen finden kein wirkliches Gehör. Als Kinder Thierquäler, verlogen und boshaft, als Jünglinge Vagabonden oder Wechselfälscher stehen sie, falls sie nicht noch rechtzeitig als Kranke erkannt werden, zeitlebens mit den Gesetzen in Konflikt.

2. Moralische Perversitäten werden sehr oft beobachtet, namentlich auffallend im Geschlechtsleben, als Päderastie, Sodomie, Leichenschändung, Lustmord u. s. w.

3. Das Triebartige in den Handlungen. Die Kranken haben z. B. einen unüberwindlichen Trieb zum Stehlen. Sie stehlen, ohne dass es ihnen gerade Nutzen bringt oder ohne dass der zu erwartende Gewinn in irgend einem Verhältniss zu der Gefahr steht. Oder sie lügen, blos um zu lügen. Die meisten der früher sogenannten „Monomanieen" z. B. die Stehlmanie (Kleptomanie), die Mordmonomanie, die Pyromanie u. s. w. sind nichts als Erscheinungsformen des als moral insanity sich kennzeichnenden Schwachsinnes.

4. Die affektive Reizbarkeit. Die Kranken vertragen keinen Widerspruch, noch irgend eine Hemmung ihres persönlichen Interesses und können dadurch, gerade wie der blödsinnige Idiot, zu schweren Wuthanfällen oder zu überlegten Rachehandlungen geführt werden. Das moralische Irresein als Signatur des Charakters ist im Wesentlichen unveränderlich. Doch mag nicht unerwähnt bleiben, dass in einzelnen Fällen nach Schädelverletzungen, noch häufiger bei Epilepsie, Zustände moralischer Benommenheit sich entwickeln können, die mit dem Besserwerden des Grundübels gleichfalls schwinden.

Die Diagnose ist oft schwierig. Sie darf sich nicht damit begnügen, den ethischen Defekt aufzusuchen, sondern muss sich bemühen, die Abnormitäten des gesammten Organismus nachzuweisen. Wo es sich um gerichtsärztliche Gutachten handelt, soll sie niemals das Verbrechen selbst zum Ausgangspunkte der Betrachtung machen, noch weniger aus ihm allein, z. B. aus seiner Verkehrtheit und Ungeheuerlichkeit den Beweis der Geisteskrankheit beibringen. Am dankbarsten wird es immer sein, den Nachweis zu führen:

a) des pathologischen Schwachsinnes auch auf anderen Gebieten, z. B. der intellektuellen Schwäche, der Willensschwäche u. s. w.;
b) erblicher Belastung oder von Schädlichkeiten, die in frühester Kindheit auf Schädel und Gehirn gewirkt haben;
c) der Degenerationszeichen;
d) sonstiger Begleiterscheinungen, z. B. der Epilepsie oder der allen erblich Belasteten eigenthümlichen und auf habituell verminderte Widerstandskraft des vasomotorischen Systems zurückzuführenden Intoleranz gegen Spirituosen.

Wenn irgendwo, so muss sich hier die Diagnose zu einer anthropologisch - individuellen erheben.

Zwölftes Kapitel.

I. Die Psychoneurosen.

Unter Psychoneurosen versteht man solche Gehirnkrankheiten, bei denen sich das Leiden hauptsächlich, wenn auch nicht ausschliessslich in Störungen auf geistigem Gebiete zeigt, und welche, im Gegensatz zu den aus idiopathischen Gehirnkrankheiten, z. B. der Paralyse entstehenden Psychosen, keine sichere pathologisch-anatomische Grundlage erkennen lassen. Die Veränderungen, welche das Gehirn erleidet, sind meist unbekannt. Nur im affektiven Irresein, beziehungsweise den frischen Fällen von Melancholie und Manie dürfen wir fluxionäre Zustände von Hyperämie und Anämie annehmen. Ferner sehen wir auch wohl bei den dem affektiven Irresein folgenden unheilbaren terminalen Schwächezuständen auf dem Sektionstische leptomeningitische Verdickung und Rindenatrophie. Dagegen sind uns in der grossen Gruppe der primären Paranoia die organischen Veränderungen des Centralorgans noch ganz unbekannt. — Nach alledem dürfen wir die Psychoneurosen auch als *funktionelle Gehirnkrankheiten* bezeichnen.

A. Der primäre Blödsinn.

In jeder Form des Irreseins können stuporöse Zustände (s. Kap. 3, E.) vorübergehend vorkommen. Tritt dagegen Stupor ohne vorhergegangene psychische Krankheitserscheinungen selbstständig auf und verläuft er auch, ohne dass sich solche dazu gesellen, so stellt er eine eigene klinische Form dar, die man mit dem Namen primärer Blödsinn oder (primäre) Stupidität belegt.

Der primäre Blödsinn ist stets der äussere Ausdruck eines erschöpften oder erschütterten Gehirns. Die veranlassenden Ursachen sind demgemäss auch entweder langsam schwächende

Schädlichkeiten, wie fortgesetzte Blutverluste, Samenvergeudung, übermässige Laktation durch zu häufiges und zu langes Selbstnähren, — oder es sind heftig wirkende psychische Ursachen, namentlich plötzlicher Schreck, welcher ähnlich, wie eine mechanische Gehirnerschütterung und um so heftiger wirkt, je schwächer von Haus aus die betreffende Konstitution ist. Meist ist demnach der primäre Blödsinn als eine Inanitionspsychose aufzufassen. Auch grosse, lang einwirkende Hitze ist als Ursache zu beschuldigen. Namentlich ist beobachtet worden, dass die unter den Tropen bei Dampfschiffsheizern nicht selten ausbrechenden akuten Psychosen gern den Charakter des primären Blödsinns annehmen.

Die Entstehung ist, den veranlassenden Ursachen entsprechend, gleichfalls entweder eine allmähliche oder plötzliche. Im ersteren Falle beobachtet man, wie der Kranke von Tag zu Tag an geistiger und körperlicher Regsamkeit verliert, wie er viele Stunden lang auf einen Punkt hinstarrend verharren kann oder wie er im Stehen und Gehen einschläft. Die psychische Erregbarkeit nimmt nun immer mehr ab, bis schiesslich die tiefste Stufe des Stupors, auf welcher der Kranke nicht mehr die eigenen Körperreize, viel weniger etwas von der Aussenwelt wahrnimmt, erreicht ist. — Beim plötzlichen Stupor wird der Weg rascher, beziehnngsweise auf ein Mal zurückgelegt. Doch pflegt hier die stuporöse Versunkenheit gewöhnlich nicht so tief zu sein. Namentlich der Reiz körperlicher Bedürfnisse wird empfunden, der Kranke vollzieht auch die zur Befriedigung nöthigen Bewegungen, wenn auch oft in scheinbar bewusstlosem Zustande, ähnlich wie der Verletzte, der eine Gehirnerschütterung erlitten hat.

Die äusseren Symptome, soweit sie sich nicht schon aus dem Gesagten ergeben, sind Unbeweglichkeit, blöder oder wenigstens theilnahm- und affektloser Blick, schlaffe Miene, — ferner oberflächliches Athmen, schwacher Herzschlag, trockene Haut, kalte, bleiche oder livide Extremitäten, subnormale Temperatur, sinkendes Körpergewicht.

Der Verlauf ist meist gleichmässig, mitunter aber auch remittirend, wobei die Perioden grösserer Regsamkeit Tage lang währen können. — Die Dauer kann bis zu einem halben Jahre und darüber betragen. — Der Ausgang ist meist ein günstiger, namentlich bei den plötzlich entstandenen Fällen. Gewöhnlich fehlt nach eingetretener Genesnng die Rückerinnerung an die Krankheitszeit.

Die Differentialdiagnose zwischen primärem Blödsinn und torpid-apathischem Blödsinn des Idioten ist leicht. Zunächst führt schon die Anamnese auf den richtigen Weg. Aber auch, wenn dieselbe im Stich lassen sollte, z. B. bei fremden, auf der Strasse gefundenen Personen, wird die genaue Körper- beziehungs-

weise Schädeluntersuchung Aufschluss geben. Ueber die Differentialdiagnose mit Melancholia attonita und mit sekundärem Blödsinn s. Kap. 13 und 14.

B. Die akute hallucinatorische Verworrenheit.

Die akute hallucinatorische Verworrenheit gehört zu den am häufigsten beobachteten primären Formen von Geisteskrankheit. Sie kommt bei akuten fieberhaften Krankheiten, z. B. der Lungenentzündung, dem Typhus, dem Scharlach u. s. w. und zwar entweder auf der Höhe des Fiebers oder in der Abfieberungsperiode, im Wochenbett, oder auch im Gefolge chronischer, die Ernährung allmählich untergrabender Krankheiten vor, — oder endlich auch nach übermässiger geistiger Anstrengung. Sie ist also Symptom sowohl eines Schwäche-, als eines Reizzustandes des Gehirns, immer aber der funktionellen Erschöpfung desselben.

Die Symptome sind:

1. Hallucinationen, und zwar vorzugsweise und zuerst des Gesichts. Der Kranke sieht in unendlichem Zuge alles Mögliche an sich vorüberziehen, oder Gestalten, thierische und menschliche, sich ihm nähern und auf ihn eindringen. Dazu gesellen sich bald Gehörshallucinationen, die anfänglich nur Geräusche und Getöse mancherlei Art, später aber auch Worte, Drohungen und Beschimpfungen vortäuschen. Selten ist der Inhalt der Hallucinationen ein angenehmer, meist ist er vielmehr schreckhaft und angsterregend.

2. Stimmungsanomalien. Meist ist der Kranke geängstigt, wobei die schreckhaften Hallucinationen sowohl Ursache wie Wirkung darstellen. Seltener und nur vorübergehend ist die Stimmung heiter.

3. Benommenheit und Unklarheit des Bewusstseins. Dieselbe ist nicht so tief, wie beim Fieberdelirium, mit dem die hallucinatorische Verworrenheit sonst manche Aehnlichkeit darbietet. Aber der Kranke ist sich doch der Lage nicht immer bewusst, er verkennt Umgebung und Personen und redet irre.

4. Tobsüchtige Erregung. Theils sind es Zweckhandlungen, indem der Kranke den schreckhaften Eindrücken zu entfliehen oder sie abzuwehren sucht, theils wird nur ein zweckloser automatischer Bewegungsdrang ausgelöst. Der Kranke wühlt im Bett, wirft sich herum, schreit sinnlos u. s. w.

5. Gewichtsabnahme. Sie ist der Ausdruck der Störung auf trophischem Gebiete, alsdann aber auch eine Folge mangelhaften Schlafes und unregelmässiger Nahrungsaufnahme.

Der Verlauf zeichnet sich aus:

a) durch raschen Wechsel der Stimmung. Aengstlich-

melancholische lösen sich mit maniakalischen Verstimmungen oft schon innerhalb einer Stunde ab.

b) durch das Fehlen systematisirter Wahnideen, wodurch sich die Delirien der akuten hallucinatorischen Verworrenheit von denen des affektiven Irreseins (s. Kap. 13) und der Paranoia (s. Kap. 15) wesentlich unterscheiden.

Ebenfalls zu akuter hallucinatorischer Verworrenheit gehörend, wenn auch im Einzelnen etwas abweichend, ist eine andere Gruppe akuter Geisteskrankheiten, welche durch Reizung peripherischer Nerven, z. B. aus Neuralgien, Pruritus der Genitalien u. s. w. entstehen. Sie zeigt gleichfalls Hallucinationen durch Irradiation auf das Sinnesgebiet, tobsüchtige Erregung, Unklarheit und Irrereden und endlich starke Gewichtsabnahme. Dagegen ist die Stimmungsanomalie, namentlich der ängstliche Affekt, meist nicht so hervortretend und in Folge dessen zeigt das Krankheitsbild auch nicht soviel Abwechslung im Verlaufe. Pruritus der Geschlechtstheile beim weiblichen Geschlecht erzeugt als spezifisches Symptom den Drang nach Befriedigung in rücksichtsloser Masturbation und nymphomanischen Excessen.

Der Ausgang beider Gruppen ist meist in Genesung, oft schon nach wenigen Wochen, seltener erst in Jahresfrist. Mitunter tritt Tod durch Erschöpfung ein, noch seltener der Ausgang in unheilbare chronische Schwächezustände.

Dreizehntes Kapitel.

II. Die Psychoneurosen.

(Fortsetzung.)

C. Die Melancholie.

Die Melancholie gehört einerseits zu den Elementarerscheinungen des Irreseins und kommt als solche in den verschiedensten Formen desselben vor (s. Kap. 1). Andererseits aber stellt sie auch eine eigene Krankheitsform dar, insofern sie nämlich selbstständig auftritt, sodass entweder keine anderen wesentlichen psychischen Symptome neben ihr beobachtet werden, oder aber, soweit dies doch der Fall ist, die Pathogenese derselben aus dem melancholischen Affekt selbst, als dem eigentlichen Grundleiden, zu erklären ist.

Die Melancholie ist eine offenbar auf Ernährungsstörungen des Gehirns (Anämie, Hyperämie) beruhende Psychoneurose, welche einerseits durch depressiven Affekt, andererseits durch Hemmung dar psychischen Vorgänge charakterisirt ist (s. Kap. 1).

Man kann im Allgemeinen zwei Hauptgruppen unterscheiden, je nachdem nämlich der depressive Affekt ein einfach schmerzlicher, oder ein ängstlicher ist.

1. Die einfache schmerzliche Melancholie.

(Melancholia simplex.)

Sie gehört zu den am häufigsten vorkommenden Irreseinsformen. Ihr Wesen besteht hauptsächlich in Passivität. Der Kranke verharrt in seinen schmerzlichen Gefühlen, von denen keine Ablenkung stattfindet, da einerseits die psychische Hemmung zu gross ist, um andere Vorstellungsreihen aufkommen zu lassen, andererseits aber der Kranke die Eindrücke der Aussenwelt vermeidet, da sie ihm in seiner psychischen Hyperästhesie nur zu neuen Quellen des Schmerzes werden.

Deshalb ist auch das äussere Verhalten des Melancholikers meist passiv, still und in sich gekehrt. Die verlangsamte Bildung von Vorstellungen und der erschwerte Umsatz in das motorische Gebiet verhindern nicht blos lebhaftere Bewegungen, sondern verlangsamen sie auch bedeutend. Ein auf der Höhe der Krankheit stehender Melancholiker braucht längere Zeit, ehe die vor ihm stehende Speise überhaupt erst die Vorstellung ihres Zweckes und ihres Vorhandenseins erweckt; er braucht ebenso lange Zeit, bis er den Löffel ergreift, ihn in die Schüssel und von da zum Munde führt und ehe er sich zu kauen und zu schlucken entschliesst. So gross ist die Hemmung und der erschwerte Umsatz, dass solche Kranke, sich selbst überlassen, bei besetzter Tafel verhungern können, wozu hier als weiterer retardirender Umstand allerdings auch das stets sehr herabgesetzte Nahrungsbedürfniss hinzutritt.

Umgekehrt aber kommen auch Fälle vor, wo der Kranke aus seiner Passivität heraustritt, in fortwährender Erregung sich befindet, händeringend und wehklagend auf und ab läuft und in fortlaufendem Redeflusse, wenn auch eintönigen Inhalts, sich ergeht. Solche Zustände, die man in Gegensatz zu der gewöhnlichen passiven Form wohl auch Melancholia activa s. agitans nennt, können Wochen und Monate lang anhalten.

Oder es kommen plötzlich explosivartige Tobsuchtsanfälle zum Vorschein, wo der Kranke aus seiner Passivität emporschnellend in Wuth und Zerstörungssucht ausbricht, Zustände, die Stunden oder, von nur geringen Unterbrechungen bei mangelhaftem Schlaf abgelöst, auch Wochen lang anhalten können. Ihr Zustandekommen hat man sich so zu denken, dass die bisher unter hohem Druck gespannten Vorstellungs- und Bewegungskräfte so angewachsen sind, dass sie mit unwiderstehlicher Stärke die psychische Hemmung durchbrechen. Häufiger jedoch, als in

der einfachen passiven Melancholie kommen solche Fälle in der Melancholie mit Präcordialangst vor (s. u.).

Für eine tiefe Ernährungszerstörung des Gehirns sprechen auch die übrigen zumeist beobachteten körperlichen Symptome. Schlaf und Nahrungsaufnahme liegen sehr darnieder. Häufig ist, an gelblich dickbelegter Zunge und völligem Appetitmangel kenntlich, hartnäckiger Magencatarrh mit gleichzeitiger Stuhlverstopfung vorhanden. Die Sekretionen liegen gleichfalls darnieder, Urin wird nur spärlich, Schweiss gar nicht abgesondert. Die Extremitäten sind kühl, häufig bläulichroth gefärbt, die Haut fühlt sich trocken an und schilfert ab. Die Augen sind matt, die gefurchten Gesichtszüge drücken das innere Leiden aus. Die Kranken sehen beträchtlich älter aus, als sie sind. Das Körpergewicht nimmt oft reissend schnell ab.

Ein wesentlicher Unterschied wird durch den Umstand bedingt, ob das Leiden mit oder ohne Wahnideen verläuft.

a) Die Melancholie ohne Wahnideen (Melancholia sine delirio) ist als die leichteste Form anzusehen, insofern, als sich hier Affekt und psychische Hemmung häufig noch auf einer niederen Stufe zu bewegen pflegen. Die Stimmung ist auch nicht immer eine dauernd gedrückte, der Vorstellungsinhalt nicht durchweg ein schmerzlicher, sondern die Verstimmung äussert sich hauptsächlich nur in der geringen Widerstandskraft gegen widrige Eindrücke und in leichterer Reizbarkeit, — die Hemmung macht sich oft nur als Energielosigkeit und Willensschwäche bemerklich.

Ein äusserlich schwereres Ansehen gewinnt die Form, wenn sich Zwangsvorstellungen dazu gesellen, die bald mit triebartiger Gewalt zu Handlungen, z. B. zu Mord oder Selbstmord, zu drängen pflegen. Namentlich Selbstmorde sind bei Malancholikern nicht sowohl aus der Höhe des Leidens, welche vielmehr der Vorstellung, Entschliessung und Ausführung Hindernisse in den Weg zu legen geeignet ist, als aus solchen der Tiefe des Unbewussten entsteigenden und mit hartnäckiger Zudringlichkeit wiederkehrenden Zwangsvorstellungen zu erklären.

b) Die Melancholie mit Wahnideen. Die Wahnideen treten hier meist als Erklärungsversuche des eigenen krankhaften Affektes auf (s. Kap. 2). Doch kommen auch Allegorisirungen von krankhaften Gefühlen im Gebiete der peripheren Nerven vor, z. B. bei Neuralgieen. Immer kennzeichnen sich die melancholischen Wahnideen, der schmerzlichen Grundverstimmung entsprechend, als sogenannte Kleinheitsideen. Ihr Inhalt ist individuell bedingt und deshalb natürlich unendlich mannigfaltig. Auch werden sie vielfach von Hallucina-

tionen, die bei der in Rede stehenden Krankheitsform selten zu fehlen pflegen, beeinflusst. Man hat eine ganze Reihe von Typen aufgestellt, welche sich jedoch sämmtlich in drei Hauptgruppen zusammenfassen lassen:

1. Der Versündigungswahn. Er ist die Erklärung des eigenen schmerzhaften und verzweiflungsvollen Empfindens. Nur ein Verworfener könne so leiden, auch das Gebet bringe keine Erleichterung, darum sei es klar, dass man „aus der Gnade gefallen" sei. Man trage die Strafe für frühere Sünden. Der Kranke sucht in seiner Vergangenheit nach Vergehungen und zieht das Gefundene, selbst wenn es noch so unzureichend sein sollte, als Beweis heran. — Nicht selten verbindet sich bei ungebildeten Personen damit der Wahn, vom Teufel oder von Dämonen besessen zu sein, namentlich wenn gleichzeitig sensorielle oder sensitive Anomalien, welche eine wahnhafte Allegorisirung zulassen, vorhanden sind. Man hat dieser Form auch die Bezeichnung Melancholia religiosa gegeben.

Bei Andern äussert sich der Wahn, ohne besondere religiöse Färbung, nur in der Vorstellung eigner tiefer Verworfenheit und Unwürdigkeit. Man sei der Pflege, die man genösse, nicht würdig, man solle nicht so viel Liebe verschwenden, man sei schlechter als ein Hund u. s. w.

2. Der Verfolgungswahn kommt hauptsächlich bei der Form vor, wo der schmerzliche Affekt mit ängstlichem gemischt ist und tritt häufig mit Versündigungsideen gepaart auf. Man solle vor Gericht gestellt werden, weil man so viele Sünden begangen habe, man solle einen schrecklichen Hinrichtungstod erleiden, mit glühenden Zangen gezwickt werden, man werde hier unter lauter Verrückten eingesperrt, das sei die gerechte Strafe für die vielen Missethaten u. s. w. Dieser melancholische Verfolgungswahn ist übrigens, wie bald bemerkt werden mag, durchaus nicht mit dem typischen Verfolgungswahn bei der Paranoia (s. Kap. 15) zu verwechseln.

Der Wahn, zu verarmen, oder dass Mann, Frau, Kinder gestorben seien, dass der Mann eine Andere geheirathet habe (nicht zu verwechseln mit dem Eifersuchtswahn der an hysterischer Paranoia leidenden) u. s. w. sind gleichfalls häufige Typen, die sich aber unter den genannten ersten beiden Hauptformen leicht unterbringen lassen.

3. Der hypochondrische Wahn. Der Kranke, durch gewisse sich dem Bewusstsein in ungewohnter Weise aufdrängende Allgemeingefühle aufmerksam gemacht, sucht den Grund seines seelischen Leidens in körperlichen Zuständen, wenn auch freilich an unrechter Stelle. Zu bestimmten Allegorisirungen an einzelnen Körpertheilen, z. B. Glasfüsse oder Schlangen im Leibe zu haben oder knochenlos oder ohne Eingeweide zu sein, welche vielmehr

der hypochondrischen Paranoia (s. Kap. 15) angehören, kommt es hier nicht. Vielmehr werden nur allgemein gehaltene Befürchtungen, z. B. an einer unheilbaren Krankheit zu leiden, vergiftetes Blut zu haben u. s. w. geäussert. Sehr häufig wird, namentlich bei jungen Leuten, die Syphilisfurcht (Syphilidophobie), die mit depressivem Affekt verbundene Wahnidee, unheilbar syphilitisch zu sein, beobachtet. Es ist bemerkenswerth, dass hier ein subjectiv zureichender Grund, nämlich der, wirklich angesteckt gewesen zu sein und auch Rückfälle erlebt zu haben, vorliegen kann, dass aber trotzdem diese Wahrnehmung und die ihr folgende Befürchtung hier nicht die Ursache des Affektes ist, sondern, dass letzterer das Primäre darstellt, und dass die Erfahrung, syphilitisch gewesen zu sein, und die Wahnidee, es bleiben zu müssen, hier nur als Erklärungsgrund herangezogen wird.

2. Die Melancholie mit Angstaffekten.

a) Die Melancholie mit Präkordialangst.

Die Melancholie mit Präkordialangst rechnet man auch zu der Melancholia sine delirio, da sie wohl mit Hallucinationen, aber nicht mit Wahnideen einhergeht.

Mitunter bildet die Präkordialangst (s. Kap. 1) nur eine längere oder kürzere Periode in dem Verlaufe einer einfachen schmerzlichen Melancholie. Oft tritt sie aber auch selbstständig auf und beansprucht deshalb, als eigene Form behandelt zu werden.

Meist tritt der Angst-Anfall plötzlich ein, mitunter aber auch, nachdem Beklemmung, Kopfschmerz, Schwindel als Vorboten vorausgegangen waren. Jedesmal wird die motorische Sphäre dabei stark in Anspruch genommen. Entweder nämlich zeigt der Kranke nur Ruhelosigkeit, sucht sich selbst zu entfliehen, indem er zweck- und ziellos im Freien oft tagelang umherirrt (Melancholia errabunda), oder es kommt zu wirklichen schweren Tobsuchtsanfällen mit Zerstörungswuth. Das Bewusstsein ist dabei, zum Theil auch durch Hallucinationen, häufig getrübt, und letztere helfen ihrerseits wieder den ängstlichen Affekt verstärken. In schweren Fällen werden geordnete Vorstellungen überhaupt nicht mehr gebildet, sondern nur noch schreckhafte verworrene Bilder bedrängen die Seele des Kranken, oder das Selbstbewusstsein wird schliesslich ganz aufgehoben. Schwere Gewaltthaten gegen sich und Andere sind deshalb nichts Ungewöhnliches und erheben die Melancholie mit Präkordialangst zu einer der gemeingefährlichsten sämmtlicher Irreseinsformen.

Ebenso rasch, wie er gekommen, kann auch der Affekt sich wieder verlieren. Solche gewissermassen mit Elementargewalt

hervorbrechende Anfälle, denen vollkommene Ruhe, selbst Genesung folgt, bezeichnet man mit dem Namen Raptus melancholicus.

Ueber die körperlichen Begleiterscheinungen (s. Kap. 1).

b) Die Melancholia attonita.

Dieselbe wird auch Melancholia cum stupore, s. stupida genannt, — irreführende Ausdrücke, da nicht Stumpfheit und Leere des Seelenlebens, wie beim Blödsinn, sondern nur Gebundensein der psychischen Thätigkeiten vorliegt.

Das Charakteristische des Bildes liegt hier in der äussern Starre und Unbeweglichkeit des Kranken, der mit emporgezogenen Augenbrauen, ängstlich staunender Miene oder mit starren Augen in dem steinernen Antlitz, die Glieder in krampfhafter Beugestellung haltend und stumm Tag und Nacht verharrt. Die Beugungsstarre der Muskeln ist gewöhnlich so stark, dass nur mit grossem Kraftaufwande der passive Widerstand zu besiegen ist. Hat man ihn überwunden und giebt den Gliedern eine andere Stellung, so verharren sie auch in dieser wieder längere Zeit (Katalepsie).

Dem äussern starren Verhalten entspricht jedoch nicht der seelische Zustand. Die Mittheilungen Genesener berichten von einer aufs Aeusserste gesteigerten Angst, von wilden sich jagenden Phantasmen schreckhaften Charakters, von Umnebelung des Bewusstseins, sodass sich der Kranke im Schlafe oder im Rausche zu befinden schien, und von der sehr peinlich empfundenen Unmöglichkeit, sich aus dieser Lage zu befreien. Mitunter entladet sich wohl auch ganz plötzlich einmal die psychische Spannung durch irgend eine Gewaltthat, um alsbald wieder der gewohnten Passivität Platz zu machen.

Da die Nahrungsaufnahme erschwert ist, so leidet natürlich mit der Zeit die Ernährung beträchtlich, ebenso wfe alle übrigen vegetativen Funktionen.

Das Leiden tritt nicht plötzlich auf, wie die Melancholie mit Präkordialangst, sondern entwickelt sich erst allmählich aus schmerzlich-ängstlichen Gemüthsdepressionen.

Der Ausgang ist nicht selten günstig und endet nach Monaten mit Genesung. Selten ist der Ausgang in Verblödung.

Als motorische Grundlage sind Ernährungsstörungen des Gehirns, vermuthlich durch Gefässverengerungen, denen später Gefässerweiterungen folgen, verursacht anzusehen.

Differentielle Diagnose. Melancholia attonita kann mit Stupor, primärem Blödsinn, verwechselt werden. Die Unterschiede sind folgende:

in der Pathogenese: die Melancholia attonita entwickelt sich allmählich, der Stupor tritt akut auf;

in der äussern Haltung und der Miene: bei ersterer ängstlich gespannte Miene, gespannte Muskulatur, — bei letzterem blöde oder gleichgiltige Physiognomie, schlaffe Haltung;

in Verhalten gegen äussere Reize: bei ersterer Schmerzäusserung und starker passiver Widerstand, bei letzterem geringe Reizbarkeit bis zu Anästhesieen und Analgesieen, und Widerstandslosigkeit;

in Verhalten gegen innere Reize: bei ersterer gelegentliche explosive motorische Entladung der aufgespeicherten Reize, bei letzerem häufigere aber leichtere automatische und Reflexbewegungen;

in Bezug auf den Schlaf: bei ersterer Schlaflosigkeit, bei letzterem nicht;

auf vegetativem Gebiete: bei ersterer beschleunigter gespannter Puls, der Turgor der Haut bleibt lange erhalten, die Entleerungen werden wegen spastischer Zustände der Sphincteren zurückgehalten, deshalb äussere Reinlichkeit, - bei letzterem träger und weicher Puls, die Haut ist kalt, cyanotisch, der Kranke ist unreinlich;

in Bezug auf das Bewusstsein: bei ersterer ist Bewusstsein und Rückerinnerung erhalten, bei letzterem nicht oder wenigstens sehr getrübt;

in Bezug auf den Verlauf: bei ersterer tritt Genesung mitunter rasch, bei letzterem stets langsam ein.

Der Verlauf der Melancholie als selbstständige Krankheitsform ist in ihren verschiedenen Abarten gleichfalls sehr verschieden. Fast immer ist er ein sehr langsamer mit geringen Nachlässen. Nur die Melancholie mit Präkordialangst macht eine Ausnahme davon.

Bei der einfachen Melancholie ohne Wahnideen sind periodische tägliche Steigerungen nichts Seltenes, wobei es bemerkenswerth ist, dass sich dieselben meist des Morgens, oft nach wohldurchschlafener Nacht, zu zeigen pflegen. Es scheint, als ob das Bewusstsein durch die neuen Eindrücke beim Erwachen wieder doppelt schmerzlich berührt würde.

Die Ausgänge sind:

a) in Genesung. Die Einleitung derselben ist bei der einfachen Melancholie langsam und allmählich. Manche Fälle bleiben sogar zeitlebens ziemlich unverändert. In der Melancholie mit Präkordialangst und der Melancholia attonita kann rasche Lösung der Spannung eintreten.

b) in den Tod durch Erschöpfung.

c) in sekundäre Schwächezustände (s. Kap. 14 F.)

D. Die Manie.

Das Wesen der Manie besteht in einem über das Gewöhnliche erhöhten leichten Vonstattengehen der psychischen Vorgänge, welches offenbar durch abnorme Ernährungsvorgänge im Gehirn, namentlich Hyperämie und erhöhten Säftezufluss zur Rindensubstanz, bedingt ist. Die Folge dieser erleichterten psychischen Thätigkeit ist heitere, freudige Stimmung, gehobenes Kraft- und Selbstgefühl (s. Kap. 1 C.).

Viel häufiger noch, als die Melancholie ist die Manie blosse Zustandsform, welche vorübergehend in den verschiedensten Irreseinsformen vorkommen kann. Doch giebt es unzweifelhaft auch Fälle wo sie selbstständig auftritt und verläuft.

Das Verhalten des Maniakalischen ist seiner Stimmung angemessen. Das erhöhte Lustgefühl giebt sich zunächst als Kraft- und Gesundheitsgefühl, später auch als Empfindung besonderen Werthes, eine bedeutende Persönlichkeit zu sein, kund. Der Maniakalische vergleicht sich gern mit grossen Männern. Er sei ein Lichtfreund, er habe das Zeug zu einem Reformator in sich, er könne mehr, als Andere, er dürfe mehr wagen, weil es ihm eher gelinge u. s. w. Doch kommt es in der reinen Manie noch nicht zu den sogenannten Grössenideen, z. B. Kaiser, Pabst, Gott zu sein u. s. w., welche vielmehr lediglich Inhalt des mit Schwachsinn und Lähmungen gepaarten maniakalischen Bewusstseins (s. Paralyse Kap. 20) sind.

Das Urtheil ist, da es mit rascher Auffassungsgabe gepaart auftritt, ebenfalls rasch und zugleich scharf. Es trifft auch oft das Richtige. Der Maniakalische hat ein scharfes Auge für die Schwächen seiner Umgebung und kann schlagfertig, witzig und satyrisch werden. Doch bezieht sich dies mehr auf Urtheile über oberflächliche und alltägliche Dinge. Tiefere Combinationen sind dem Maniakalischen deshalb meist versagt, weil ihm die Ideenflucht keine Zeit zur Ueberlegung lässt. Der Maniakalische leidet an Ueberfülle von rasch sich jagenden Gedanken und Vorstellungen, und der Redestrom, obgleich er unaufhörlich fliesst, ist doch nicht im Stande, die Seele eben so rasch von ihnen zu entlasten.

Das Handeln des Kranken stellt gleichfalls eine Entäusserung des inneren Dranges dar. Es ist unruhig, zerfahren, hastig. Der Kranke treibt sich gern in Wirthshäusern herum, macht Reisen, entwirft Pläne, kauft, baut, speculirt u. s. w. An sich braucht dies Alles noch nicht unsinnig, ja nicht einmal unzweckmässig zu sein. Aber es trägt den Charakter der Uebereilung, da etwaige Gegenmotive nicht voll in's Bewusstsein treten. Ebenso verhält es sich mit der nicht selten zu beobachtenden Verletzung der guten Sitten und des Anstandes, weil moralische

und ästhetische Bedenken nicht Zeit haben, sich geltend zu machen, nachträgliche Correkturen aber von dem Ideenflusse mit fortgerissen werden.

Bei weiblichen Personen nimmt maniakalisches Selbstgefühl leicht erotische Formen an. Man hält sich für besonders schön, liebenswürdig und geliebt, man putzt sich, kokettirt und intriguirt. Oder der Affekt zeigt das nahe verwandte religiös-ekstatische Bild. Die Kranke schwelgt in himmlischen Seligkeitsgefühlen, betet, singt und hält sich für besonders fromm und begnadet.

Körperliche Begleiterscheinungen. Die Haltung des Maniakalischen ist fest, gerade, der Gang elastisch, die Gesichtszüge sind in leichter Spannung, das Auge ist belebt, die Bewegungen sind energisch und kräftig. Der Maniakalische pflegt in Folge dessen jünger auszusehen als er ist. Die Sekretionen gehen normal von Statten. Dagegen ist der Schlaf mangelhaft. Appetit ist nicht vorhanden, der Kranke kommt aber häufig vor Unruhe nicht dazu, ihn ordentlich zu befriedigen. In Folge dessen nimmt auch trotz scheinbaren Wohlseins das Körpergewicht ab. Doch ist dies niemals in so bedeutendem Grade der Fall, wie bei der Melancholie.

Der Verlauf der Manie als selbstständige Krankheitsform gestaltet sich verschieden. Selten tritt sie ganz primär in Erscheinung, meist pflegt ihr vielmehr ein kurzes melancholisches Vorläuferstadium voranzugehen. Abwechselnde Steigerung und Nachlass der Erscheinungen wird vielfach beobachtet.

Die Ausgänge sind:

a) in Genesung durch allmähliche Lösung und Abklingen des Affekts;
b) in Tobsucht, durch weitere Lockerung des psychischen Mechanismus und Steigerung des Affekts;
c) in sekundäre Schwächezustände, entweder direkt oder auf dem Umwege durch die Tobsucht.

Der Ausgang in Tod kommt bei der reinen primären Manie nicht vor.

Vierzehntes Kapitel.

III. Die Psychoneurosen.

(Fortsetzung.)

E. Die Tobsucht.

Die Tobsucht ist zwar niemals eine besondere Krankheitsform für sich, sondern stets nur Symptom. Da sie aber in Pathogenese und Verlauf eng mit den affektiven Irreseinsformen, nämlich der Melancholie und der Manie, verbunden ist, da sie ferner ein

so hervorragendes Symptom darstellt, dass zeitweilig alle anderen dadurch verdeckt werden, so erscheint es praktisch zweckmässig, sie eingehend lieber hier, als unter den Elementarerscheinungen zu besprechen.

Namhafte Schriftsteller bringen die Tobsucht nur mit der Manie in ursächliche Beziehung, indem sie sie als eine Art höheren Stadiums derselben beschreiben. Eine melancholische Tobsucht dagegen erkennen sie nicht an. Meiner Meinung nach mit Unrecht. Denn der Begriff der Tobsucht wird dadurch zu eng begrenzt.

Tobsucht, ganz im Allgemeinen gesprochen, ist heftige motorische Entäusserung eines Affektes — gleichgiltig welchen — mit der Nebenbedeutung des Zweck- und Sinnlosen. Strenggenommen müsste man also wenigstens vier verschiedene Arten von Tobsucht unterscheiden, nämlich Tobsucht aus Angst, ferner eine schmerzlich-melancholische, eine maniakalische und eine zornige Tobsucht. Auch würde es gewiss nicht schwer fallen, klinisch diese vier Formen genügend auszusondern. In praktischer Beziehung aber genügt es, zwei Hauptformen, nämlich die melancholische und die maniakalische Tobsucht, zu unterscheiden.

Die melancholische Tobsucht kommt (s. Kap. 13, C.) so zu Stande, dass die unter hohem Drucke gespannten Bewegungsimpulse plötzlich den hemmenden Druck sprengen und sich unwiderstehlich Luft machen. Die maniakalische Tobsucht dagegen ist nur eine Weiterentwickelung des ursprünglichen Affektes, namentlich in der Richtung des beschleunigten Ablaufes der psychischen Thätigkeiten. Die Vorstellungen werden so rasch in Bewegungsimpulse ungesetzt und letztere folgen sich in so beschleunigtem Zeitmasse, dass schliesslich das Selbstbewusstsein die Zügel verliert und nun die psychischen Kräfte, vor Allem die Bewegungsimpulse, in regellosem Laufe dahinstürmen.

Der vorherrschenden Grundverstimmung entsprechend ist auch die äussere Physiognomie beider Arten von Tobsucht sehr verschieden.

Den Melancholiker beherrschen Unlustgefühle, — daher hat auch seine tobsüchtige Erregung etwas Finsteres, Angstvolles, Fürchterliches. Die maniakalische Tobsucht dagegen, so schlimm sie sich auch anscheinend geberden mag, trägt doch mehr ein heiteres, wenigstens harmloses und sorgloses Gesicht. Ausnahmen kommen allerdings auch hier vor, namentlich da, wo sich das gesteigerte Selbstbewusstsein des Kranken mit Unlustgefühlen paart und deshalb die tobsüchtige Erregung den Charakter zornigen Affektes annimmt.

Auch das Auftreten beider Arten hat etwas Grundverschiedenes. Die melancholische Tobsucht, so auch bei der Melancholia attonita, kommt plötzlich, explosiv, überraschend, und erhebt sich

sofort zu voller Höhe. Der Kranke sitzt noch ganz ruhig da, einen Augenblick darauf ist er schon in die Höhe geschnellt, hat einen Stuhl ergriffen und ihn an die Wand geschmettert, oder sonst eine Unthat verübt. Die maniakalische Tobsucht aber entwickelt sich allmählich und gewährt der Umgebung Zeit, sich auf sie vorzubereiten. Des Morgens z. B. ist der Maniacus noch ganz erträglich, wenn auch etwas zudringlich und vorlaut. Er fängt bereits an, sich über seine Umgebung lustig zu machen und beim Frühstück entreisst er aus Uebermuth einem Mitkranken den Teller. Beim Mittagessen wirft er schon das Compot zum Fenster hinaus, Nachmittags zertrümmert er unter Singen und Johlen Tische und Stühle und Abends ist er völlig ausser Rand und Band, er schnappt und schlägt sinnlos um sich, er kann nicht mehr sprechen, sondern kreischt und lallt nur. Die melancholische Tobsucht gleicht in ihrem Entstehen dem vulkanischen Ausbruche oder dem gewaltsamen Deichbruche, — die maniakalische dem allmählichen Ueberfliessen des Elements über unversehrte Schutzwehren. Darum ist auch der melancholische Tobsüchtige gefährlicher für die Umgebung, als der maniakalische.

Die Dauer der Tobsucht ist sehr verschieden. Melancholische Tobsuchtsanfälle können sehr rasch vorüber gehen, nach Stunden oder Tagen. Im Allgemeinen kann man sagen: Tobsucht ist ein treuer Begleiter des Affekts — so lange dieser andauert, kann auch tobsüchtige Erregung bestehen, was über Jahr und Tag dauern kann. Mit ihm auch ändert sie nothwendig ihren Charakter. Wie im Verlaufe einer Psychose eine ursprüngliche Melancholie in Manie umschlagen kann, so geht auch melancholische Tobsucht unter solchen Umständen in maniakalische über — und umgekehrt.

Unter den körperlichen Begleiterscheinungen fehlen niemals zwei sehr bedeutungsvolle — Schlaflosigkeit und Abnahme des Körpergewichts. Erstere kann ohne alle Unterbrechung Wochen und Monate dauern. Dass bei einer so heftigen Störung des cerebrospinalen Nerven-Muskelsystems auch die vegetative Sphäre leiden muss, und dass sich diese Mitleidenschaft hauptsächlich in der Abnahme der Ernährung und des Gewichts äussert, ist wohl erklärlich. —

Der Ausgang der Tobsucht ist entweder Zurücksinken in den ursprünglichen melancholischen oder maniakalischen Affekt, oder nach einem vorübergehenden Stadium der Verworrenheit in psychische Schwächezustände, nämlich sekundäre Paranoia oder sekundären Blödsinn.

Mitunter sind leichte Temperaturerhöhungen von 38 Grad und darüber beobachtet worden, — wohl als Folge des vermehrten Umsatzes in den willkürlichen Muskeln. — Ab- und Ausscheidungen gehen normal von Statten. Den Harn hat man mit Phosphaten gesättigt gefunden.

F. Die sekundären Schwächezustände.

Unter sekundären Schwächezuständen versteht man die Ausgänge unheilbar gebliebener Psychoneurosen, vornehmlich des affektiven Irreseins, also der Melancholie und Manie.

Wir unterscheiden als erstes Stadium die sekundäre Paranoia (sekundäre Verrücktheit), als zweites Stadium den sekundären Blödsinn.

1. Die sekundäre Paranoia (sekundäre Verrücktheit).

Pathogenese. Die affektive Aufregung des melancholischen oder maniakalischen Zustandes beginnt nachzulassen und äussere Ruhe tritt ein. Das Verhalten wird gesammelter, Hallucinationen greifen anscheinend nicht mehr so störend in das Bewusstsein ein, die Wahnideen werden nicht mehr mit derselben Lebhaftigkeit, wie früher, geäussert. Der Schlaf wird geregelter, die Ernährung nimmt zu.

Dieser Zustand, der mitunter Wochen lang zwischen leichter Besserung und Verschlimmerung hin und her schwankt, kann die Rekonvalescenz einleiten. Hat er diese Bedeutung, so treten allmählich die krankhaften Erscheinungen und die noch verbliebenen Reste derselben mehr und mehr zurück, bis die Genesung offenbar wird.

Im entgegengesetzten Falle aber wird man bald finden, dass mit dem geräuschvollen, das Krankheitsbild in oft so buntem Wechsel belebenden Affekt zugleich auch die Energie der gesammten physischen Thätigkeiten zum grössten Theile verloren gegangen ist. Die Gefühle haben an Lebendigkeit und Fülle eingebüsst, das Gedächtniss ist geschwächt. Die Urtheilskraft, welche früher, obgleich von falschen Voraussetzungen ausgehend, doch korrekt und logisch arbeitete, erscheint nunmehr für die gewöhnlichen Vorkommnisse des Lebens zwar gerade ausreichend, bei jeder etwas tiefer angelegten Combination aber zusammenhangslos und ungenügend. Die Willenskraft ist gesunken und unfähig zu jeder kräftigen Anregung. Selbst die gemüthlichen Interessen, durch welche Gesunde stets lebhaft bewegt werden, sind verblasst und versunken. Daher die Abstumpfung, Gemüthsleere und Interesselosigkeit solcher Kranker. Der gesammte geistige Hintergrund der Persönlichkeit ist ausgelöscht. Diese selbst erscheint uns als eine andere. Sie hat, wenige äusserliche Reminiscenzen ausgenommen, keine Vergangenheit mehr, sondern lebt nur noch in der Gegenwart. Ihr Standpunkt ist verschoben, sie ist „verrückt“.

Nur Etwas hat der Kranke noch, was ihn mit seiner jüngsten Vergangenheit verknüpft, nämlich seine aus dem affektiven Irresein herübergeholte Wahnidee oder vielmehr das ungeordnete

Conglomerat von aus dieser Quelle stammenden krankhaften Vorstellungen. Sie bildet jetzt den wahren Hintergrund der Seele, den dauernden Inhalt des Vorstellungslebens. Um sie, als den „ruhenden Pol in der Erscheinungen Flucht", gruppiren sich die schwachen Reste früherer gesunder Vorstellungen. Aber die Gesammtenergie ist zu tief gesunken, als dass die Wahnideen noch irgend eine nachhaltige Wirkung auf den Willen haben könnten. Höchstens, dass es der Kranke gelegentlich zu einem schwächlichen Affektausbruch bringt. Hierdurch unterscheiden sich die Wahnideen der sekundären Verrücktheit wesentlich von denen der primären Paranoia (s. Kap. 15), welchen meist ein treibender und zur That drängender Charakter innewohnt.

Auch äusserlich sind die Kranken vielfach verändert. Durch vorzeitiges Ergrauen, Schwund des subcutanen Fettpolsters, Trockenheit der Haut und Runzeln im Gesicht sehen sie viel älter aus, als sie sind. In diesem Zustande pflegen sie sich jedoch oft sehr lange zu conserviren, sodass man auch oft umgekehrt alten Leuten ihre Jahre nicht ansieht.

Die Physiognomie zeigt stets einen eigenthümlichen Charakter. Die geistige Persönlichkeit, deren Ausdruck sie war, ist verschwunden und eine an gesunden Ideen verarmte und von schwachsinnigen durch fortdauernde Hallucinationen unterstützte Wahnideen gefüllte Seele ist an ihre Stelle getreten. Daher ist der Gesichtsausdruck blöde und gespannt zugleich, der Blick starr, fremd und unheimlich.

Das Gebahren der Kranken ist meist ihren Wahnideen entsprechend. Sie spielen, wenn auch in schwächlicher Weise, ihre Rolle, sie sind hochfahrend, prahlerisch, kindisch, geschwätzig, lustig oder verdrossen, jedenfalls aber immer harmlos.

Verlauf und Dauer. Der Zustand kann viele Jahre unverändert bleiben. Mit der Zeit aber werden die Wahnideen immer schwächer und verschwommener. Die geistige Energie sinkt mehr und mehr, bis der Uebergang in sekundären Blödsinn vollendet ist.

2. Der sekundäre Blödsinn.

Der sekundäre Blödsinn, auch Terminalblödsinn genannt, ist das zweite uud letzte Stadium der ungeheilt gebliebenen Psychoneurosen. Mit der sekundären Paranoia verbinden ihn unzählige Zwischenstufen, sodass sich oft kaum unterscheiden lässt, ob man es noch mit letzterer, oder schon mit sekundärem Blödsinn zu thun habe.

Unter sekundärem Blödsinn verstehen wir eine geistige Verkümmerung, welche durch eine bis zur Rindenatrophie fortgeschrittene Ernährungsstörung des Gehirns bedingt ist. Meist ist

der Vorgang ein sehr langsamer und chronischer. Doch braucht nicht jedesmal das Stadium der sekundären Paranoia passirt zu werden. Vielmehr kann sich sekundärer Blödsinn auch unmittelbar an schwere Tobsucht anschliessen.

Aehnlich wie bei dem idiotischen Blödsinn unterscheidet man auch hier eine agitirte (erethische) und eine apathische Form.

a) Der agitirte sekundäre Blödsinn. Es bestehen noch Vorstellungen und Strebungen, aber ohne allen geistigen, beziehungsweise logischen Verband. Der Kranke lacht, plappert, gestikulirt sinnlos und zusammenhangslos vor sich hin. Oder lokale Hirnreizungen lösen automatische Bewegungen aus.

Differential-Diagnose. Der Zustand hat eine gewisse Aehnlichkeit mit dem kindischen Gebahren mancher Maniakalischen. Vor Verwechslung schützt:

α) die Kenntniss des Verlaufes und der Dauêr des Leidens. Hier ist Verlauf und Dauer chronisch, dort akut oder wenigstens temporär.

β) die Betrachtung der Physiognomie, die bei Blödsinn immer das Spiegelbild geistiger Leere ist.

γ) die sonstigen Zeichen geistigen Defekts, die unschwer bei der Untersuchung festzustellen sind.

b) Der apathisch-sekundäre Blödsinn bezeichnet die tiefste Stufe des Verfalls. Er kann sich aus dem agitirten Blödsinn entwickeln, aber auch direkt aus schweren affektiven Leiden hervorgehen. Das geistige Leben ist in tiefste Nacht versunken, auch das höhere animale, also Sinneswahrnehmung, Empfindung und Bewegung, sehr tiefstehend. Nur das vegetative Leben pulsirt noch, wenn auch gleichfalls durch central bedingte Respirations- und Cirkulationsstörungen vielfach beeinträchtigt.

Der Zustand kann jahrelang andauern, bis Marasmus oder eine gelegentliche Lungenentzündung u. dergl. ein Ziel setzt.

Schlussbemerkung zu C bis F.

Tobsucht, sekundäre Paranoia und sekundärer Wahnsinn kommen nie vor, ohne dass ein affektives Irresein, also entweder Melancholie oder Manie, oder häufiger noch beide, vorangegangen wären.

Man kann deshalb die genannten fünf verschiedenen Formen auch als ebensoviel Stadien einer einheitlichen, typisch verlaufenden Krankheit betrachten. Man hat diesem typischen Krankheitsbilde den Namen „Vesania typica“ (Kahlbaum) gegeben. Während der ersten Stadien, der Melancholie und der Manie, kann der Prozess noch zum Stillstand gelangen und Genesung

eintreten, selbst noch, wenn auch selten, im Stadium der Tobsucht. Die sekundären Schwächezustände dagegen sind absolut unheilbar.

Nach dieser Auffassung sind also Melancholie und Manie, welche hier als selbstständige Irreseinsformen abgehandelt worden sind, auch als Zustandsformen zu betrachten.

Es spricht sehr viel für eine solche Auffassung. Zunächst die Erwägung, dass Tobsucht und die sekundären Schwächezustände in der That von der Grundlage der affektiven Irreseinsformen gar nicht loszulösen sind und ohne dieselben nicht vorkommen, — alsdann aber auch die Erfahrung, dass Melancholie und Manie nicht immer als scharf gesonderte Krankheiten nebeneinander her-, sondern vielfach ineinander übergehen, sich gegenseitig ablösen und sich somit als wahre Zustandsformen zu erkennen geben.

Doch würde man gewiss fehlgehen, wenn man jede Melancholie oder Manie nur als das erste Stadium von Vesania typica ansehen wollte. Denn es giebt z. B. Fälle einfacher Melancholie genug, namentlich solche, die auf konstitutioneller, anämischer, nervöser Grundlage beruhen, welche schon deswegen nicht als Vesania typica aufzufassen sind, weil sie entweder überhaupt keine absolute, sondern nur eine relative Genesung ermöglichen, oder weil sie zu Rückfällen neigen, oder weil sie periodisch auftreten, — kurz einen ganz anderen, nämlich statt eines typischen vielmehr einen atypischen Venlauf zeigen. Von einer Vesania typica darf man nicht eher sprechen, als bis der ganze Verlauf der Krankheit enthüllt, mindestens aber bis nicht das Stadium der Tobsucht erreicht ist.

Fünfzehntes Kapitel.

II. Die Psychoneurosen.

(Fortsetzung).

G. Die Paranoia.

Paranoia (Wahnsinn, Verrücktheit) ist eine meist affektive, hauptsächlich das Vorstellungsgebiet betreffende und durch das Vorherrschen von Wahnideen sich charakterisirende Psychoneurose.

Man unterscheidet eine primäre und eine sekundäre Paranoia. Die sekundäre Paranoia (sekundäre Verrücktheit) ist, wie schon gezeigt wurde, ein Ausgangsstadium ungeheilt gebliebenen Affekt-Irreseins und als solches schon besprochen worden (s. Kap. 14, E.). Wenn in Folgendem von Paranoia die Rede ist, ist immer die primäre gemeint.

Die Paranoia unterscheidet sich von der Melancholie und Manie hauptsächlich durch das Fehlen des Affekts. Es ist das natürlich nicht so gemeint, als wenn gar keine Stimmungsänderung einträte. Vielmehr richtet sich die Gesammtempfindung immer zugleich nach dem Inhalte der Wahnvorstellung und der Mächtigkeit, mit der sie sich dem Bewusstsein aufdrängt. Auch der Paranoische kann traurig, heiter, zornig sein, ebenso, wie der Gesunde auch, der auf Vorstellungen naturgemäss reagirt, gleichgiltig, ob dieselben objectiv richtig oder irrthümlich sind. Aber krankhafte Affekte mit Hemmung oder Beschleunigung der psychischen Thätigkeiten kommen nicht vor. Durch das Fehlen der affektiven Grundlage unterscheiden sich auch die paranoischen Wahnideen von denen der Melancholie und Manie. Sie sind namentlich niemals, wie diese, Erklärungsversuche des eigenen Zustandes, beziehungsweise der eigenen Gesammtempfindung. Wenn sie gleich jener zur That drängen, so geschieht dies nicht weil Furcht, Angst oder Uebermuth die treibenden Kräfte sind, sondern lediglich nach dem psychologischen Gesetze, wonach jede Vorstellung Begehren und Handeln gebiert.

Die paranoischen Wahnideen entstehen auf dreifachem Wege, — entweder durch Hallucinationen, oder durch Allegorisirungen peripherer Vorgänge, oder primär ohne nachweisbare Ursache (s. Kap. 2 B..)

Der Inhalt der Wahnideen ist natürlich ungemein verschieden, und darnach ergeben sich auch eine grosse Menge verschiedener Formen der Paranoia. Welchem Eintheilungsprincipe man dabei folgt, ist im Ganzen ziemlich gleichgiltig. Am consequentesten und praktisch auch gut brauchbar ist das aus der Pathogenese der Wahnideen hergeleitete Eintheilungsprincip.

Man unterscheidet darnach: 1. die hallucinatorische, 2. die aus primären Wahnideen hervorgegangene, 3. die hypochondrische Paranoia.

1. Die hallucinatorische Paranoia. Mit dem Ausdruck hallucinatorische Paranoia bezeichnen wir zugleich einen ursächlichen Zusammenhang. Nicht jede Paranoia also, bei der Hallucinationen vorkommen, und dies ist in der That sehr häufig auch in anderen Formen der Fall, sondern nur diejenige, bei welcher die Hallucinationen der Bildung von Wahnideen vorangehen und sie erzeugen, nennen wir hallucinatorische Paranoia. Es ist in älteren Fällen oft sehr schwer, zu bestimmen, ob man eine hallucinatorische Paranoia in dem eben entwickelten Sinne vor sich hat, oder ob sich die Hallucinationen erst später zu den Wahnideen hinzugesellt haben. Nur die genaue Aufnahme der Anamnese kann hier Aufschluss geben.

In den meisten Fällen gestaltet sich die Pathogenese folgendermassen:

Erstes Stadium. Die Hallucinationen, und zwar die Gehörshallucinationen, denn nur solche kommen hier in Betracht, treten ohne alle psychischen Vorboten bei irgend einer Gelegenheit, wo das Gehirn erschöpft und gereizt ist, z. B. in der Rekonvalescenz von einer erschöpfenden Krankheit, oder nach sehr anstrengender geistiger Arbeit auf. Der Kranke hört irgend ein Wort oder eine Redensart beschimpfenden oder bedrohenden Inhaltes sich zurufen. Er zweifelt zuerst selbst an der Wirklichkeit des Gehörten, die Erscheinung kehrt aber mit lästiger Aufdringlichkeit immer wieder, bis sich endlich der Intellekt gefangen giebt und die Realität anerkennt. In diesem Stadium erkennt der Kranke die ihm aufgedrungenen Sinneswahrnehmungen noch als etwas Fremdes, er sucht sie abzuschütteln, er will sich nicht um sie kümmern und verheimlicht sie hartnäckig vor Anderen. Er gilt noch für gesund, manche Eigenthümlichkeiten in seinem Benehmen, z. B. Zerstreutheit, Aufhorchen, gewisse Gesten werden für Sonderbarkeiten und Angewohnheiten genommen. — Nach längerem Bestehen der Sinnestäuschung fängt dieselbe an, das Urtheil des Kranken über sich und die Aussenwelt eindringender zu fälschen. Es bleibt namentlich nie aus, dass der Kranke sich verfolgt glaubt, er hat geheime Feinde, die ihn bedrohen und verspotten, und er grübelt in seiner Vergangenheit, um den Machinationen uud der Ursache derselben auf die Spur zu kommen

Hiermit ist die Wahnidee fertig und der Kranke tritt in das zweite Stadium. Die äussere Besonnenheit, bisher schon nur mühsam festgehalten, geht bei irgend einer hinreichenden Gelegenheit körperlicher oder psychischer Natur, oder wenn die Hallucinationen sich einmal besonders aufdringlich geben, verloren. Der Kranke wird sehr aufgeregt, durch Irradiation gesellen sich vielleicht noch Hallucinationen anderer Sinne, besonders häufig des Geruchsinnes, wenigstens zeitweise hinzu, die Wahnidee wird rückhaltslos ausgesprochen, — der Wahnsinn ist offenbar geworden. Gewöhnlich tritt dann wieder Beruhigung ein und die Besonnenheit kehrt zurück, aber die Wahnidee ist „fix" geworden und lässt sich nicht mehr verdrängen.

Den Grad des Leidens, oder, was dasselbe sagen will, der wahnsinnigen Umstimmung des Bewusstseins, ist sehr verschieden. Ist, wie dies gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, nur der Gehörsinn befallen, die Hallucination überdies nur eintönigen und einförmigen Inhalts, z. B. dass sie entweder nur in stereotypen Ausdrücken schimpft oder droht, so bleibt immerhin die krankhafte Umwandlung der Persönlichkeit in gewissen Schranken. Erst wenn Hallucinationen mehrerer Sinne sich vereinigen, z. B. der Gehör- und Gefühlssinn, und somit ein viel grösseres Gebiet des Vorstellungslebens in Mitleidenschaft gezogen wird, nehmen die Wahnideen Besitz von der ganzen Persönlichkeit (s. Kap. 2, B).

Der Kranke lebt fortan nur noch in einer ganz wahnhaften Welt und sein Handeln wird nach und nach immer „verrückter".

Differentielle Diagnose. Die hallucinatorische Paranoia darf nicht mit akuter hallucinatorischer Verworrenheit verwechselt (s. Kap. 12, B) werden. Bei letzterer ist der Verlauf viel stürmischer, es halluciniren gewöhnlich mehr, als ein Sinn, und Gesichtshallucinationen, welche bei ersterer ganz zu fehlen pflegen, stehen im Vordergrunde. Ferner ist das Bewusstsein viel benommener, die Delirien sind unklar und verschwommen, während die hallucinatorische Paranoia einen systematisirten Wahn darbietet. Die tobsüchtige Erregung bei der akuten hallucinatorischen Verworrenheit ist grösser und pflegt während der ganzen Krankheitsdauer, oder wenigstens während des grösseren Theiles derselben anzuhalten. Endlich wird, wie bei allen akuten Psychosen, die Ernährung in viel grössere Mitleidenschaft gezogen.

Vor Verwechslung mit den Beeinträchtigungsideen der Melancholie schützt das Fehlen des Affekts, alsdann aber auch die Stellung, welche der Kranke selbst den Wahnideen gegenüber einnimmt. Der Melancholiker mit seinem Kleinheitswahn und seiner Selbsterniedrigung glaubt sich mit Recht verfolgt und bestraft, der Paranoiker aber stets mit Unrecht. Erleichtert wird die Unterscheidung noch dadurch, dass bei letzterem sich gewöhnlich noch Selbstüberschätzung und Dünkel dazu gesellen.

2. Die Paranoia aus primären Wahnideen. Man unterscheidet hier:

a) Die Paranoia aus angeborener Anlage (originäre Verrücktheit). Charakteristisch ist hier die Entwicklung auf dem Boden einer Familienentartung und das gleichzeitige Vorkommen von körperlichen Entartungszeichen an dem erkrankten Individuum. Die paranoische Geistesrichtung beginnt schon in den Kinderjahren sich bemerklich zu machen. Namentlich zeigen Charakter und Neigungen mehr oder minder auffallende Sonderbarbeiten. Die Kinder sind entweder still, träumerisch, scheu und zurückgezogen, oder laut polternd, jähzornig, thierquälerisch. Im Pubertätsalter oder bald nach dessen Ausgang finden sich dann Wahnideen mit oder ohne Hallucinationen. Dieselben tragen häufig den Charakter des Absonderlichen und Heterogenen an sich, sodass sie ganz aus der geistigen Sphäre des Kranken heraus zu wachsen und mit dessen übrigem Vorstellungsinhalte ausser Zusammenhang zu stehen scheinen. Sehr häufig ist der Wahn, aus einer hochgestellten, einer fürstlichen oder königlichen Familie zu sein. Man glaubt sich zu Hause schlecht behandelt, von fremden Leuten dagegen in auffallender Weise bevorzugt zu sein. Das

müsse etwas zu bedeuten haben. Allmählich entspinnt sich, vielleicht durch Hallucinationen unterstützt, ein ganzer Roman hieraus von Einkerkerung, Entführung und schliesslicher Anerkennung. Dazwischen spielen Verfolgungsideen aller Art und stürmische Scenen im Hause mit Klagen und Wuthausbrüchen. — Bei weiblichen Kranken tragen natürlich alle Wahnideen zugleich eine erotische Färbung.

Körperlich äussert sich die Belastung, ausser in den schon erwähnten Degenerationszeichen, in constitutionellen Neurosen, namentlich in Hysterie. Ausserdem ist Neigung zu Masturbation ein schon früh sich entwickelndes Zeichen krankhafter nervöser Erregung.

Differentielle Diagnose. Die originäre Verrücktheit hat grosse Aehnlichkeit mit dem moralischen Irresein, mit dem sie auch die Pathogenese aus organisch belastetem Boden gemein hat. Nach dem ätiologischen Eintheilungsprincip würde sie auch in eine Gruppe mit dieser vereinigt werden müssen. Doch weist sie andererseits das Vorherrschen der dem Krankheitsbilde ihren Stempel vornehmlich aufdrückenden Wahnideen zur Paranoia.

b) Die einfache primäre Paranoia. Ihre wesentliche Grundlage besteht in Wahnideen, die bei scheinbar gesunden Personen, bei denen eine originäre Belastung somatisch nicht nachgewiesen werden kann, ohne Mitwirkung von Hallucinationen primär entstehen (s. Kap. 2, B. 2).

Primäre Wahnideen sind Erzeugnisse unbewusster Gedankenarbeit. Erst als Schlusssatz eines Syllogismus, dessen Vorderglieder im Dunkel liegen, treten sie in die Helle des Bewusstseins. Daher überraschen sie den Kranken anfänglich auch selbst und imponiren ihm als etwas Fremdes, bis sie, mehr und mehr mit dem vorhandenen Vorstellungsschatze verschmelzend, endlich als vollberechtigte, d. h. objectiv begründete Erfahrungen hingenommen werden. Zugleich aber wird es erklärlich, dass die primären Wahnideen als spontane Erzeugnisse einer bestimmten geistigen Individualität dem empirischen Charakter derselben stets conform sind, und dass sie sich demgemäss oft nur als Steigerungen des Temperaments geben, sodass z. B. ein von Haus aus eitler Mensch leicht zu Wahnideen seiner Unwiderstehlichkeit beim weiblichen Geschlecht, oder ein Misstrauischer zum Verfolgungswahn gelangt. Noch eine weitere Eigenschaft der primären Wahnideen, wodurch sie sich zugleich wesentlich von den originären und hallucinatorischen Wahnideen unterscheiden, ist die, dass sie die Bahn des Gewöhnlichen und Menschenmöglichen nicht zu verlassen pflegen und somit blossen Irrthümern täuschend ähnlich sehen. Die Wahnideen der primären einfachen

Paranoia gehören nicht immer zu denen, welchen man das Krankhafte schon am Gesicht abliest, sondern sie müssen als solche häufig erst durch die begleitenden Symptome kenntlich gemacht werden.

Die primäre Paranoia geht stets mit gehobenem Selbstgefühl einher. Dasselbe tritt häufig schon in dem Inhalte der Wahnideen, sofern es Grössenideen sind, zu Tage. Ohne Ausnahme aber zeigt es sich bei allen Kranken darin, dass sie Vorgängen in der Aussenwelt und in ihrem Verkehr mit den Menschen eine ganz besondere auf sie gemünzte Bedeutung beilegen. Es hat etwas für ihn zu bedeuten, dass die Katze vorbeilief, gerade als er zum Hause heraustrat, — der Hahn des Nachbars kräht alle Morgen, um ihn zu ärgern, — der Wegweiser, der seinen gesenkten Arm nach dem Boden richtet, zeigt ihm an, dass dort etwas für ihn Bedeutungsvolles liegen könne, — man huste hinter ihm her, um ihn zu ärgern u. s. w. Diese Beziehung alltäglicher Vorkommnisse auf die Person des Kranken, die übrigens mit anerzogenem Aberglauben gar Nichts zu thun hat, ist nicht nur oft das erste Zeichen der beginnenden Erkrankung, sondern auch der treueste Begleiter derselben in ihrem ferneren Verlaufe.

Je nach dem Stimmungscharakter der Wahnideen kann man zwei Hauptgruppen unterscheiden, nämlich primäre Paranoia mit Verfolgungsideen und solche mit Ideen geförderter Interessen.

α) Die primäre Paranoia mit Verfolgungsideen (Verfolgungswahnsinn) gewährt ein sehr typisches Bild. Die näheren Umstände der Pathogenese sind natürlich individuell unendlich verschieden. Sehr oft wird sie etwa nach folgendem Schema verlaufen:

Ein schon zu Misstrauen und persönlichen Umdeutungen geneigter Mann begegnet des Morgens vor seinem Hause einem Schutzmann, der ihn ansieht, wie er meint, scharf fixirt. Das habe etwas zu bedeuten, denkt er. Eine halbe Stunde darauf sieht er, wie derselbe Schutzmann mit einem Kameraden an einer Ecke steht und angelegentlich mit diesem spricht. Er zweifelt schon nicht mehr daran, dass dies mit Bezug auf ihn geschehe, um so mehr, da beide nach ihm hingeschielt hätten. Aber beim Nachhausegehen, während dessen er überdies in verdächtiger Weise habe hinter sich her flüstern hören, begegnet er wieder einem Schutzmann auf der einsamen Strasse, und nun ist es für ihn eine ausgemachte Sache, dass er beobachtet wird. Hiermit ist die Wahnidee fertig. Dieselbe entwickelt sich nun in logischer Weise unter Zuhilfenahme weiterer Umdeutungen. Was habe das zu bedeuten? Er sei sich doch keines Vergehens bewusst. Es müsse also etwas Anderes dahinter stecken. Wahrscheinlich, ja jedenfalls, bedeute er selbst mehr, als es den An-

schein habe. Er sei gewiss von hoher Geburt, sei Prinz, heimlicher Kronprätendent. Nicht umsonst habe man auch neulich beim Stammtisch das Gespräch auf dieses Thema gebracht. Aber selbstverständlich lege man ihm Hindernisse in den Weg. Durch geheime Machinationen seiner Feinde solle er an der Thronbesteigung verhindert und womöglich verrückt gemacht werden.

Im Verlaufe des Leidens gesellen sich noch Hallucinationen dazu, die einerseits von dem Wahn Inhalt und Farbe erlangen, andererseits denselben unterstützen. Nicht selten sind dieselben ursprünglich ebenfalls Umdeutnngen von Gehörswahrnehmungen, z. B. von Vogelzwitschern, Glockenläuten, Windesrauschen, im Sinne der vorherrschenden Wahnidee.

Noch später, nachdem Jahre verstrichen sind, treten die Verfolgungsideen mehr und mehr in den Hintergrund, und nur die Grössenideen bleiben. Der Kranke freut sich, dass er Kaiser, König oder Pabst ist und lebt in harmlos-schwachsinniger Weise weiter. Man nennt diesen scheinbaren Umschlag von Verfolgungs- zu Grössenideen (der aber im Grunde keiner ist, da beide Typen schon von Anfang an bestanden haben) auch Transformation des Wahnes. Ein im späteren Verlaufe nicht selten eintretender und die wahnhafte Umwandlung der Persönlichkeit kennzeichnender Wahn ist der Verwandlungswahn (Delirium metabolicum), wo die Kranken Alles um sich herum verwandelt glauben, die Personen, die Umgebung seien andere u. s. w.

Der Querulantenwahnsinn ist eine häufig vorkommende Abart des primären paranoischen Verfolgungswahnes. Der Unterschied besteht darin, dass nicht umgedeutete, sondern wirkliche Thatsachen den Inhalt der Wahnideen bilden. Ein verlorener Process, der selbst schon aus dem Grunde, weil man sich krankhafter Weise für benachtheiligt hielt, angestrengt wurde, pflegt die äussere Veranlassung zu sein. Der Kranke durchläuft alle Instanzen, macht Eingaben über Eingaben, die sich anfänglich zwar noch in den Grenzen der Besonnenheit halten, auch scharfsinnig abgefasst sein können, später aber, weil dem Kranken sein vermeintliches Recht nicht wird, einen offensiven und beleidigenden Charakter annahm. Die Behörden werden geschmäht und Majestätsbeleidigungen ausgestossen.

Differentielle Diagnose. Von dem melancholischen Verfolgungswahn unterscheidet sich der primäre paranoische, ebenso wie der hallucinatorische, durch das Fehlen des Affektes und durch gehobenes Selbstgefühl, — von letzterem dadurch, dass Hallucinationen nicht die Ursache bilden, sondern nur unterstützend hinzutreten.

β) Die primäre Paranoia mit Wahnideen geförderter Interessen. Sie umfasst wiederum zwei Haupttypen, die religiöse und die erotische Paranoia.

Bei der religiösen Paranoia glauben die Kranken in direktem Rapport mit dem Himmel zu stehen. Sie sind berufen, die Menschheit zu erlösen durch Lehre und Wandel, selbst durch den eigenen Opfertod, — sie sind Heiland, Messias, Mutter Gottes u. s. w.

Bei der erotischen Paranoia ist das Wesentliche der Wahn, von einer Person des anderen Geschlechts, und zwar regelmässig von einer sozial höher stehenden, geliebt zu werden.

Auch bei diesen Typen spielen Umdeutungen äusserer Thatsachen eine grosse Rolle. Die religiös Verzückte glaubt Gott selbst in den Wolkenformationen zu erblicken, oder in den Worten des Predigers eine besondere Anerkennung ihrer Tugend zu finden. Die zu erotischer Paranoia Veranlagte sieht in irgend einem Zeitungsinserat, z. B. einem Heirathsgesuch, direkte Beziehungen zu ihrer eigenen Person u. s. w.

Differential-Diagnose. Die genannten Formen können mit Manie verwechselt werden. Doch ist bei letzterer die Ideenflucht und der rasche Abfluss der geistigen Thätigkeiten überhaupt auf die Dauer nicht zu verkennen, während die Paranoia gerade umgekehrt durch Beharren auf dem einmal eingenommenen wahnsinnigen Standpunkte sich auszeichnet. Auch fehlt bei letzterer der der Manie eigenthümliche motorische Drang.

3. Die hypochondrische Paranoia. Die Wahnideen der hypochondrischen Paranoia haben Zustände des eigenen Körpers zum Inhalte und entstehen aus Allegorisirungen krankhafter lokaler Empfindungen, am häufigsten der Haut und der Eingeweide, aber auch der Muskeln und des von dem Muskelgefühl abhängigen Gemeingefühles. Dagegen fehlen die für die übrigen Formen der Paranoia charakteristischen Gehörshallucinationen, während Geruchs- und Geschmackstäuschungen, welche ebenfalls zu Wahnideen verwerthet werden, eine nicht seltene Erscheinung darstellen.

Namentlich spielen Anästhesien und Parästhesien eine grosse Rolle. Erstere können die Wahnidee des Fehlens eines Körpertheiles erzeugen, ein Wahn, der besonders häufig auf das Gebiet der Eingeweidenerven Bezug hat. Solche Kranke glauben, sie haben keinen Magen, keine Lungen mehr, sie seien ohne Knochen, nur noch ein Hautlappen u. s. w. Bei Parästhesien tritt die Allegorisirung noch deutlicher hervor, wobei man die allmähliche Entstehung der Wahnidee oft deutlich verfolgen kann. Einer Kranken verursacht z. B. chronische Anschwellung der Uvula ein lästiges Gefühl des Druckes, welches sie durch fortgesetztes Schlucken zu bekämpfen sucht. Es kommt ihr so vor, als wenn dort ein Kirschkern stecke. Die Gefühlstäuschung wird nun aufdringlicher und schliesslich glaubt die Kranke fest daran, selbst nachdem die Anschwellung der Uvula längst beseitigt ist. Die peristaltischen Darmbewegungen drängen sich abnormer Weise

dem Bewusstsein auf, der Kranke hat das Gefühl, als wenn ihm etwas im Leibe herumkröche, schliesslich glaubt er wirklich, er beherberge Schlangen u. s. w.

Zu diesen rein hypochondrischen Wahnideen können noch Verfolgungsideen hinzutreten. Dergleichen Dinge, so schliesst der Kranke weiter, kämen natürlich nicht von selbst, sondern seien durch feindliche Machinationen der Umgebung, z. B. durch den Arzt, der so etwas „heran operiren“ könne, besorgt. Die Erkenntniss solcher Schandthat bewirkt alsdann wieder zornige Affektausbrüche.

Differential-Diagnose. Von der hypochondrischen Melancholie unterscheidet sich die gleichnamige Paranoia dadurch, dass die Wahnideen nicht aus einem krankhaften Affekt entstanden und somit nicht als Erklärungsversuche eines solchen anzusehen sind, also durch ihren primären Ursprung aus peripheren Empfindungen. Auch ist bei ersterer mehr der ganze Körper Gegenstand der hypochondrischen Wahnvorstellung („der ganze Körper ist siech, das Blut ist vergiftet, man ist unheilbar syphilitisch“), während hier die krankhafte Vorstellung zunächst immer an einem bestimmten Körpertheile haftet. — Einen weiteren Unterschied bedingt auch hier die Stellung, welche der Kranke selbst den Wahnideen gegenüber einnimmt. Der hypochondrische Melancholiker nimmt die vermeintliche Schickung als eine gerechte Strafe für seine Sünden hin, der hypochondrische Paranoiker aber lehnt sich dagegen auf und verbindet Beschuldigungen gegen seine Feinde damit.

Beide Formen sind daher grundverschieden. Desshalb wäre es auch ein Irrthum, zu glauben, dass die hypochondrische Paranoia sich aus der hypochondrischen Melancholie entwickeln könne, was vielmehr niemals der Fall ist.

Störungen auf dem Gebiete des Handelns. Da bei der Paranoia Wahnideen so stark im Vordergrunde stehen, die Intelligenz jedoch, wie überhaupt die geistige Energie, nicht gestört zu sein pflegt, so ist es nicht auffallend, dass durch erstere vielfach die Handlungen des Paranoikers beeinflusst werden. Das Verhältniss ist hier gerade umgekehrt, wie bei der einen Schwächezustand darstellenden sekundären Paranoia (s. Kap. 14), welche die Handlungen fast gar nicht beeinflusst.

Eine auffallende Erscheinung bei manchen Kranken ist die Paraphrasirung und Neubildung von Wörtern. Sie kommt sowohl bei der hallucinatorischen, wie bei der einfachen Paranoia vor. Auch sie ist, wie die primären Wahnideen, offenbar Resultat unbewusster Gedankenfabrik, scheint aber auf eine stärkere Lockerung des geistigen Mechanismus zu deuten, wie jene, und in der That wird sie auch nur in vorgerückten

Stadien der Krankheit beobachtet. Mitunter giebt der Kranke noch selbst Aufschluss über die Bedeutung des Wortes, z. B.: „holy hingse“ = heilige Messe, — meist sind sie aber überhaupt nicht zu entziffern, z. B. „ein siebenmal geschruppter Bohnenkönig“ u. s. w. Dasselbe zeigt sich in der Schrift, die voll ist von Paraphrasirungen, Chiffern und Siegeln (s. Kap. 7).

Sind die Handlungen direkte Folgen von Hallucinationen, so haben sie oft etwas Abruptes, Plötzliches, Gewaltthätiges. Besonders ist dies bei den sogenannten imperativen Hallucinationen der Fall. Der Kranke verletzt Jemanden aus seiner Umgebung, weil eine Stimme ihm dies befiehlt, er springt zum Fenster hinaus, weil Gott ihn ruft u. s. w. Auch Unterlassungen, z. B. sich nicht zu bewegen, weil sonst die Welt einstürzen müsse, nicht zu sprechen u. s. w. sind meist die Folgen von Hallucinationen, ebenso wie gewisse sonderbare Geberden, die viele Kranke darbieten.

Die als direkte Folgen der Wahnideen auftretenden Handlungen unterscheiden sich von den durch Hallucinationen veranlassten hauptsächlich durch ihren planmässigen Charakter. Ein Mordversuch, ein Fluchtversuch ist oft lange vorher vorbedacht und wird mit allem Raffinement in Scene gesetzt. Paranoiker gehören deshalb zu den gemeingefährlichsten Kranken. Intelligenzschwäche gehört an sich nicht zum Bilde der primären Paranoia. Doch paart sie sich nicht selten damit. Ein häufiger aus solcher Verbindung hervorgehender Typus ist der des Erfinders. Der Kranke hat eine Maschine erfunden zur rascheren Weiterbeförderung von Schiffen oder er entwickelt eine Idee, wie man bei Bränden vor Lebensgefahr geschützt werden könne, indem man alle Häuser einer Strasse inwendig durch Thüren verbindet. Er spricht und denkt dabei logisch ganz richtig. Die Intelligenzschwäche zeigt sich aber darin, dass er solche auf den ersten Blick als kindisch oder unausführbar zu erkennenden Ideen überhaupt ernsthaft nimmt.

Diese paranoischen Erfinder sind übrigens nicht mit den paralytischen zu verwechseln (s. Kap. 20). Den Erfindungen der letzteren haftet, ausser noch grösserem Mangel an Kritik, auch noch der Charakter absurder Grössenideen an. Der Paranoiker begnügt sich damit, eine neue Lokomotive zu erfinden, der Paralytiker aber baut eine Eisenbahn nach dem Monde und zeigt uns am andern Morgen die Zeichnung davon.

Ein zweiter Typus von mit Intelligenzschwäche gepaarter Paranoia ist die Narrheit (Moria). Sie ist sofort am äussern Verhalten zu erkennen. Der Kranke gefällt sich in kindischem Gebahren, macht lächerliche Faxen, schneidet Gesichter, schwatzt absichtlich Unsinn, spielt den Komiker. Immer steht hier die Intelligenz sehr tief. Man findet diesen Typus deshalb auch

noch in den psychischen Schwächezussänden, z. B. der sekundären Paranoia.

Begleitende körperliche Symptome. Paranoiker gehören im Allgemeinen zu den körperlich gesündesten Irren. Doch kommen auch hier mannigfache Abweichungen vor, vornämlich im Nerven-Muskelsystem. Vor allem sind kataleptische Starre, Contractur der Flexoren, klonische Krämpfe mannigfacher Art zu nennen, — ferner Muskelzittern, erschwerte Articulation u. s. w. Jedoch sind alle diese und ähnliche Symptome nur als zufällige Complikationen anzusehen und gehören nicht zum Krankheitsbilde, mit Ausnahme allein der Anästhesieen und Parästhesieen bei der hypochondrischen Form.

Der Verlauf der Paranoia ist fast immer ein chronischer. Wirkliche Heilung tritt sehr selten ein, am ersten noch bei der hallucinatorischen Paranoia, wenn die Hallucinationen rückgängig werden, womit die Möglichkeit gegeben ist, dass auch die an dieselben sich anknüpfenden Wahnideen schwinden. Doch kommen ziemlich häufig Remissionen vor, namentlich in der einfachen primären Paranoia, die den Kranken, so lange er im Stande ist, seine Wahnideen zu verbergen und eine äusserlich besonnene Haltung zu bewahren, wieder gesellschafts- und geschäftsfähig erscheinen zu lassen.

Sechzehntes Kapitel.

II. Die Psychoneurosen.

(Schluss.)

H. Das periodische Irresein.

Das periodische Irresein ist eine chronische constitutionelle Geisteskrankheit, bei der sich von scheinbar gesundem Untergrunde mit gewisser Regelmässigkeit nach bestimmten Intervallen eine typische Psychose erhebt, welche stets dieselbe Form darbietet und nach kürzerer oder längerer Dauer abläuft, um einer relativen Genesung Platz zu machen.

Das Leiden kommt vorzugsweise bei organisch oder erblich Belasteten vor, und eine genaue Untersuchung ergiebt gewöhnlich, dass auch in den freien Pausen seelische oder wenigstens nervöse Regelwidrigkeiten, z. B. Verstimmungen, Launenhaftigkeit, barocke Ideen, Verstandesschwäche u. s. w. vorhanden sind. In gewissem Sinne stellen deshalb die einzelnen Anfälle nur Verschlimmerungen eines bereits vorhandenen krankhaften Zustandes dar.

Die Anfälle erscheinen entweder typisch nach ganz bestimmten Zeiträumen, oder atypisch auf innere Reize oder Gelegenheits-

ursachen hin. Zu den innern Reizen, welche Anfälle auslösen, gehört namentlich die Menstruation.

Da Periodicität ein offenbar auf kosmisch-tellurischen Einflüssen beruhendes Gesetz alles Organischen ist, hat es an sich nichts Auffallendes, dass auch krankhafte Erregungen des Gehirns unter Umständen in diesen Formen auftreten. Auch im gesunden Leben sind wir regelmässigen Tages- und Monatsschwankungen unterworfen. Wir achten nur nicht darauf, weil sie noch in der Breite der Gesundheit liegen und so schwach sind, dass sie unsere Aufmerksamkeit nicht sonderlich erregen. Aber bei einem belasteten, d. h. im Grunde schon erkrankten Gehirn kann die Reizschwelle und individuelle Toleranz so tief liegen, dass Schwankungen, welche nur wenig stärker, als die habituellen, zu sein brauchen, sie erreichen und überschreiten. Wahrscheinlich ist, dass das vasomotorische System auch hier eine Rolle spielt. So hat man die periodische Melancholie mit Gehirnanämie und die periodische Manie mit Gehirnhyperämie in ursächliche Verbindung gebracht.

Man theilt das periodische Irresein in idiopathisches, d. h. direkt vom Gehirn ausgehendes und in sympathischcs, d. h. von peripheren Vorgängen ausgelöstes, ein.

Das idiopathische periodische Irresein trägt den Charakter einer Psychoneurose und verläuft demgemäss entweder als Affekt-Irresein, oder auf dem Gebiete des Vorstellungslebens unter delirösen Erscheinungen; oder endlich auf dem des Wollens uud Strebens als triebartiges Handeln.

1. Die periodische Melancholie.

Die periodische Melancholie verläuft meist ohne Hallucinationen und Wahnideen als einfache Melancholia sine delirio. Die psychischen Hemmungssrscheinungen sind stärker als der Affekt, sodass stuporöse Zustände vorgetäuscht werden können.

Die Betheiligung körperlicher Symptome pflegt sehr bedeutend zu sein. Man findet Gefässverengerung bei frequentem Puls, Kopfschmerz, Schwindel, neuralgische Beschwerden mancherlei Art, Magencatarrh mit Appetitlosigkeit und stark zurückgehender Ernährung, Schlaflosigkeit.

Die Dauer des einzelnen Anfalles kann 1 bis 6 Monate währen. Der endliche Ausgang in Schwächezustände ist nichts Seltenes.

2. Die periodische Manie.

Die periodische Manie zeigt mehr noch, wie die periodische Melancholie, die Merkmale organischer Belastung. Vorherrschend ist im Krankheitsbilde das gehobene Selbstgefühl, welches sich

aber weniger in Lustgefühlen, als in Reizbarkeit und leichter Verletzlichkeit kundgiebt. Die Kranken glauben sich nicht genug beachtet, sie klagen über Rücksichtslosigkeit, schlechte Behandlung. Man sei früher freundlicher gegen sie gewesen, aber schlage jetzt ein ganz anderes Verfahren ein, das man sich nicht erklären könne, da man doch nichts verbrochen habe. Obgleich solche Kranken häufig in Thränen sind, da sie sich verletzt fühlen, erweist doch die vorhandene Erhöhung des Selbstgefühls solchen Beeinträchtigungswahn nicht als melancholisch, sondern als zur Manie gehörig.

Auf motorischem Gebiete ist die Neigung zu unsittlichem und perversem Verhalten bemerkenswerth. Beim weiblichen Geschlechte spielen sexuelle Erregungen eine nicht unwichtige Rolle. Sie geben sich hauptsächlich als Neigung zu Intriguen und sexuellen Verdächtigungen Anderer zu erkennen.

Die körperlichen Begleiterscheinungen sind auch hier sehr hervortretend und zwar vornämlich als Symptome der Gefässerweiterung, Herzklopfen, Kopfcongestionen, Vermehrung der Sekretionen. Daneben ebenfalls Schlaflosigkeit, Magenverstimmung und trotz zeitweiser reichlicher Nahrungsaufnahme starker Kräfteverfall.

Die Dauer ist von der der periodischen Melancholie nicht wesentlich verschieden. Der Abfall erfolgt plötzlich oder allmählich mit Hinterlassung eines kürzeren oder längeren Schwächezustandes.

Die Dauer der Intervalle, sowohl bei der melancholischen, als der maniakalischen Form ist ungemein verschieden, von wenigen Monaten bis zu einigen Jahren. Auch in ihnen erweisen gewisse Zeichen der Reizbarkeit und mangelnden Leistungsfähigkeit, sowie nervöse Beschwerden der verschiedensten Art, die psychopathische Belastung des Gehirns.

3. Das circuläre Irresein.

Das circuläre Irresein ist eine periodische Psychose, bei der im Anfalle nicht blos Melancholie oder Manie, sondern beide Formen nach einander auftreten (folie à double forme). Mitunter vervollständigt sich der Cyclus auch noch durch Tobsucht und hallucinatorische Schwächezustände mit Verworrenheit, Kothschmieren u. dergl. (folie circulaire). Zum Unterschiede von der einfachen periodischen Melancholie spielen hier häufig schon von Anfang an Hallucinationen eine wichtige Rolle.

Verlauf. Der Beginn des Cyclus ist entweder ein melancholischer oder ein maniakalischer. Die einzelnen Phasen gehen unvermittelt (alternirendes Irresein) oder durch eine kurze Pause unterbrochen in einander über.

Die Dauer des Anfalls sowohl, als der Zwischenpausen, ist, wie bei dem einfachen periodischen Irresein, verschieden und währt von Wochen bis zu einem halben Jahre und länger. Die Lösung des Anfalles erfolgt oft ganz plötzlich, sodass der Kranke, welcher Abends noch getobt und Koth geschmiert hat, am andern Morgen genesen erwacht. Das Leiden selbst umfasst, wie das periodische Irresein überhaupt, oft ein ganzes Leben von der Jugend bis zum Greisenalter.

Der Ausgang ist häufig in psychische Schwäche, nachdem mit der Zeit die Anfälle länger, die Pausen kürzer und die Phasen verwischter geworden sind.

4. Das deliröse periodische Irresein.

Das deliröse periodische Irresein ist eine Bewusstseinsstörung, welche sich durch Benommenheit, mitunter bis zu völliger Bewusstlosigkeit, Hallucinationen, Wahnideen wechselnden Charakters, aber meist beängstigenden Inhalts, und zwangsmässigen automatischen Bewegungen (Grimassiren, sinnloses unaufhörliches Wiederholen einzelner Worte) auszeichnet.

Der Ausbruch erfolgt meist plötzlich, die Dauer des Anfalles ist kurz.

5. Das triebhafte periodische Irresein.

Wollen und Handeln haben Vorstellung zur Voraussetzung. Auch dem krankhaften Handeln müssen Vorstellungen, wenn auch nur unbewusste, vorangegangen sein. Von einem Handlungs-Irresein darf man deshalb nur in dem Sinne sprechen, dass die krankhaften psychischen Erscheinungen, zwar nicht ausschliesslich, aber doch vorzugsweise auf dem Gebiete des Handelns auftreten, beziehungsweise hier sichtbar werden.

Das periodische Irresein erscheint hier hauptsächlich in Form krankhafter Triebe. Es giebt Individuen, bei denen der Trieb nach Befriedigung gewisser rein körperlicher oder seelisch-körperlicher Reize periodisch in krankhafter, Ueberlegung und gesunde Willenselemente gefangen nehmender Heftigkeit in Erscheinung tritt. Dies gilt nicht nur von dem Geschlechtstriebe und dem Anreiz zum übermässigen Genuss von Spirituosen, sondern es ist auch wahrscheinlich, dass bei besonders belasteten Naturen unkultivirte und verbrecherische Triebe, z. B. zur Vagabondage, zum Diebstahl, periodisch auftreten. Manches spricht sogar für die Existenz eines wahren periodisch auftretenden Mord- oder Lustmordtriebes, wobei man freilich nicht vergessen darf, dass es sich hier noch viel mehr, als bei dem einfachen periodischen Irresein, um schwer psychopathische Naturen handelt, und dass

die sogenannten freien Pausen keineswegs gleichbedeutend mit gesunden Zeiten sind.

Am bekanntesten ist:

Die periodische Trunksucht (Dipsomanie). Sie äussert sich in dem periodisch, z. B. monatlich oder vierteljährlich oder noch seltener auftretenden unbezähmbaren Triebe nach unmässigem, bis zu völliger Betäubung fortgesetztem Trinken. Die Anfälle, d. h. die Zeit, welche bis zur völligen Bewusstlosigkeit erforderlich ist, währt wenige Tage bis eine Woche. Häufig gehen Zeichen von nervöser Reizbarkeit oder Schwäche voraus. Der Kranke wird matt, abgeschlagen, schlaflos, seine Stimmung verdüstert, seine Gedanken umnachten sich, er unterliegt ängstlichen Affekten. Zu diesen Zeichen der Melancholie gesellt sich alsdann der Drang nach Spirituosen, welche Schlaf- und Heilmittel zugleich darstellen. Mit dem Ziele völliger Berauschung ist die Krisis erreicht. Der Kranke erwacht aus seiner Betäubung als Rekonvalescent und schüttelt auch die alkoholische Dyspepsie bald ab. Darauf folgt verhältnissmässiges Wohlbehagen, bis der Höhepunkt der Verstimmung auf's Neue erreicht und ein neuer Anfall gereift ist. Ausserdem kommen unzweifelhaft auch Fälle vor, wo der Kranke ohne alle affektive Nöthigung durch unmotivirten primären Drang periodisch zur Flasche getrieben wird. Behinderung an der Ausführung können alsdann zornige Tobsucht zur Folge haben.

Verlauf. Auch hier wiederholt sich das Gesetz, dass mit der Zeit die freien Pausen immer kürzer und die Anfälle immer häufiger werden. Der endliche Ausgang ist meist in chronischen Alkoholismus.

6. Das periodische menstruale Irresein.

Das periodische menstruale Irresein ist ein sogenanntes sympathisches oder Reflex-Irresein (s. Kap. 3), wobei die mit der Menstruation verknüpften Ovarialnerven-Reize höchstwahrscheinlich durch Vermittelung des vasomotorischen Systems auf das Gehirn übertragen werden. Auch hier handelt es sich um von vornherein veranlagte Individuen, bei denen die Reizschwelle so tief liegt, dass sie schon durch leichtere Gleichgewichtsschwankungen überschritten wird. Zum ersten Ausbruch bedarf es neben den Menstruationsvorgängen mitunter noch einer Gelegenheitsursache. Später genügen dann erstere allein, um Anfälle auszulösen.

Verlauf. Die Anfälle zeichnen sich durch ihren stürmischen Verlauf aus. Nachdem ihnen tagelang leichtere Beschwerden in Gestalt von Schlaflosigkeit, Kopfweh, Gemüthsreizbarkeit vorangegangen, bricht der Anfall meist plötzlich herein. Hallucinationen verschiedener Sinne, tiefe Bewusstseinsstörungen, mitunter bis

zum Stupor, verschleiern die Sinne, zornige Tobsucht gesellt sich dazu und körperliche und geistige Ermattung ist das Ende.

Die Anfälle treten entweder vor, während oder nach der Menstruation auf. Im ersteren Falle erlöschen sie häufig mit Eintritt der Menses. Sie pflegen von kurzer, oft nur tagelanger Dauer zu sein und können sich bei jeder Menstruation, oder, was häufiger der Fall ist, nach längeren Pausen wiederholen.

Der Ausgang ist nur selten in relative Genesung, und zwar nach der Zeit der Katamenien, — häufiger in sekundäre Schwächezustände.

Differentielle Diagnose des periodischen Irreseins. Wenn man eine Beobachtungsreihe von mehreren typischen Anfällen zur Verfügung hat, so ist die Diagnose natürlich leicht zu stellen. Schwieriger ist es schon, zu erkennen, ob ein erstmaliger Anfall eine einfache Psychoneurose oder den Beginn eines periodischen Cyclus darstellt, oder auch, ob eine zweite Erkrankung als einfacher Rückfall anzusehen ist, oder nicht.

Hauptsächlich ist hier Folgendes zu beachten:

a) Das periodische Irresein trifft meist belastete Individuen. Genaue Anamnese und Untersuchung wird also häufig schon vor dem Beginn und nach dem Erlöschen eines Anfalles neuro- und psychopathische Symptome nachweisen können.

b) Die einzelnen Anfälle gleichen sich durchaus, was bei Rückfällen einfacher Psychoneurosen nicht ohne Weiteres zutrifft. Da der Kranke also einerseits in den Anfällen, andererseits in den freien Pausen ganz derselbe ist, so scheiden sich auf diese Weise gewissermassen zwei ganz von einander verschiedene geistige Persönlichkeiten.

c) Die einfache Psychoneurose unterscheidet sich von dem einzelnen Anfall des periodischen Irreseins durch ihre häufig viel längere Dauer.

d) Von der einfachen Manie unterscheidet sich die periodische durch ihr längeres Verharren auf der Stufe leichter Exaltation, während bei ersterer rascher Uebergang in Tobsucht die Regel bildet, — ferner durch vorwiegend reizbare Gemüthsverstimmung im Gegensatz zu der heiteren Ungebundenheit des einfach Maniakalischen, — und endlich durch noch stärkere Betheiligung der vegetativen Sphäre.

c) Das deliröse periodische Irresein könnte mit akuter hallucinatorischer Verworrenheit verwechselt werden. Die Diagnose wird hier hauptsächlich durch die Verschiedenheit der Symptome auf motorischem Gebiete gesichert. Bei der akuten hallucinatorischen Verworrenheit (s. Kap. 12, B)

steht der Bewegungsdrang in unmittelbarer Abhängigkeit von den Hallucinationen und Wahnideen. Sie stellen meist zweckdienliche Bewegungen, z. B. zur Flucht, zur Abwehr u. s. w. dar. Bei dem delirösen periodischen Irresein dagegen zeugen die Bewegungen von einem selbstständigen Ergriffensein des motorischen Centrums, indem sie einen automatisch-zwangsmässigen Charakter an sich tragen.

Siebzehntes Kapitel.

III. Die mit centralen Neurosen verbundenen Geisteskrankheiten.

A. Das epileptische Irresein.

Unter Epilepsie versteht man eine Krankheit, welche durch die mehr oder minder häufige Wiederkehr klonisch-tonischer Krämpfe mit Bewusstseinsverlust charakterisirt ist.

Man hat dabei Folgendes festzuhalten: erstlich, dass das Gesammtleiden seinen klinischen Ausdruck nicht blos in den Krämpfen findet, sondern dass die Epilepsie eine constitutionelle Neurose des Gehirns darstellt, auf deren Grundlage sich die Anfälle erheben, — und zweitens, dass die Anfälle nicht jedesmal in der Form der typischen Krämpfe auftreten, sondern mitunter auch eine andere Form annehmen.

Dass der Epileptiker auch ausserhalb der Anfälle gehirnkrank ist, geht unzweifelhaft aus dem Vorhandensein solcher Symptome hervor, die man auch bei anderen neuropathisch Belasteten vielfach findet. Es gehören dazu habituelles Kopfweh, Schwindel, leichtes Muskelzittern, vasomotorische Störungen der verschiedensten Art.

Auch das Verhalten des Epileptikers zeigt meist so eigenthümliche Merkmale, dass man wohl von einem eigenen epileptischen Charakter sprechen darf. Der Epileptiker ist meist depressiver Stimmung. Er ist scheu, misstrauisch, düster und unheimlich. Für fremde Vorstellungen nur wenig zugänglich, hält er hartnäckig an seinen eigenen fest, empfindet jeden Widerstand als persönliche Beleidigung, ist trotzig, boshaft, hämisch, gewaltthätig. Sein Handeln ist langsam und träge, dabei zu gelegentlichen Affektausbrüchen sehr geneigt. Nur selten ist der Epileptiker umgekehrt heiteren Gemüthes und zu raschem Handeln aufgelegt.

Hervorstechende Züge sind ferner ein zur Bigotterie neigendes süsslich frömmelndes Wesen und eine gewisse Familiensimpelei, die sich hauptsächlich in Erzählungen und Lobreden kundgiebt.

Es mag jedoch hier ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass diese Schilderung sich nur auf die schweren, schon an der Grenze zur Geisteskrankheit stehenden Fälle bezieht, und dass es Epileptiker genug giebt, denen man die neuropathische Belastung ihres Gehirns wenig ansieht.

Was den zweiten oben angeführten Punkt betrifft, so treten als Aequivalente für den klassischen Krampfanfall hauptsächlich Schwindelanfälle auf. Dieselben sind entweder nur ganz leichte vorübergehende Bewusstseinsstörungen von Augenblicksdauer, — oder es gesellen sich leichte Muskelzuckungen dazu, — oder endlich es werden gleichzeitig unbewusste krankhafte Handlungen begangen, z. B. Angriffe gegen die Umgebung gemacht, an welche später, ebenso wie an die Vorgänge des klassischen epileptischen Anfalles überhaupt, jede Rückerinnerung fehlt. Letzteres Aequivalent steht schon hart an der Schwelle der Geisteskrankheit und unterscheidet sich von solcher nur durch seine sehr kurze Dauer von einer Sekunde bis zu höchstens einer Minute.

Das epileptische Irresein äussert sich in folgenden Formen:

1. Das transitorische epileptische Irresein.

Es handelt sich hier um rasch vorübergehende, Stunden oder Tage währende Anfälle geistiger Störung. Sie treten als Bewusstseinsstörungen in Begleitung von Angstaffekten, Hallucinationen, Wahnideen und tobsüchtiger Erregung auf.

Praktisch richtig ist es, Bewusstseinsstörungen mit oder ohne Angstaffekte zu unterscheiden.

a) Die epileptische Bewusstseinsstörung mit Angstaffekten tritt wiederum mit oder ohne Hallucinationen auf.

α) Die ängstliche Bewusstseinsstörung ohne Hallucinationen (petit mal nach Falret) ist ein halbbewusster Dämmerzustand mit ängstlichen und widrigen Gefühlen, Zwangsvorstellungen desselben Charakters, Verworrenheit und Unruhe. Die Umgebung wird in feindseligem Sinne appercipirt und gewaltthätige Handlungen gegen sie und die eigene Person werden vorgenommen.

β) Die ängstliche Bewusstseinsstörung mit Hallucinationen (grand mal nach Falret). Sie zeigt sich als akute hallucinatorische Verworrenheit mit Verfolgungsideen, die vorwiegend einen visionären, dämonischen, schreckhaft-verworrenen Charakter tragen. Schwere sinnlose Thaten als Abwehr gegen die vermeintlichen Schreckgestalten kommen häufig vor.

Beide Formen der Bewusstseinsstörung mit Angstaffekten werden entweder in Begleitung wahrer epileptischer Anfälle oder

als Aequivalente derselben beobachtet. Das erstere ist am häufigsten beim grand mal und dann meist im postepileptischen Stadium, namentlich nach gehäuften Anfällen, das letztere am häufigsten beim petit mal. Die klassischen Anfälle können alsdann auch lange Zeit ganz fortbleiben, an deren Stelle alsdann das petit mal tritt.

b) Die epileptischen Bewusstseinsstörungen ohne Angstaffekte. Es sind entweder stuporöse Zustände mit tiefer Verworrenheit des Bewusstseins, oder letzteres ist erhalten, aber schwer von Hallucinationen durchsetzt. Die Hallucinationen, meist solche des Gesichts- und Gehörsinns, entsprechen einer maniakalischen Grundverstimmung mit vorzugsweise religiösem Delirium. Der Kranke sieht den Himmel offen, steht mit ihm in direktem Verkehr, ist selbst Engel, Gott, Heiland. Mitunter treten dann noch contrastirende Vorstellungen ein, die Scene ist nicht mehr der Himmel, sondern die Hölle, der Kranke spielt die Rolle des zerknirschten, zuletzt begnadigten Sünders u. dergl.

Eine sich dem periodischen Irresein sehr nähernde Form ist die Bewusstseinsstörung, welche bei scheinbar gut erhaltenem Bewusstsein und völliger äusserer Besonnenheit in ganz erdichteten, wenn auch ernst gemeinten Begebenheiten delirirt. Der Kranke erzählt ganze Romane, beschuldigt sich selbst grundlos der grössten Uebelthaten und lebt während des Anfalles nur in dieser geträumten Erinnerung. Bemerkenswerth ist, dass die Wahnideen bei jedem Anfall wieder ganz dieselben sind, z. B. beschuldigt sich ein Kranker in jedem Anfall bei der Behörde eines unter romanhaften Verhältnissen ausgeführten fingirten Gattenmordes. — Hierdurch wird, wie bei dem periodischen Irresein, der Bewusstseinsinhalt in einen kranken und einen (relativ) gesunden, und ebenso die geistige Persönlichkeit in zwei dem Bewusstsein nach ganz verschiedene Persönlichkeiten zerlegt.

Differentielle Diagnose. Es ist nicht immer leicht, ohne Kenntniss des Vorlebens und genauer Anamnese die Diagnose des epileptischen Irreseins zu stellen. Für ein solches spricht das Fehlen der Erinnerung (Amnesie) für den Anfall und alles dessen, was damit zusammenhängt, — die Plötzlichkeit des Eintritts und der Lösung, — die brutale und sinnlose Rücksichtslosigkeit der tobsüchtigen Erregung, — die für Epilepsie charakteristische religiös-dämonische Färbung der Delirien.

2. Die epileptische Paranoia.

Sie zeichnet sich aus durch Beeinträchtigungs-Ideen, welche durch krankhafte Apperception der Umgebung und Verkennung der Lage gekennzeichnet sind, — verbunden mit andauernder

leichter Verworrenheit und Zornwüthigkeit, welche letztere bis zu schweren Tobsuchtsanfällen mit Angriffen gegen die Umgebung sich steigern können.

Die Krankheit kann mit oder lange Zeit auch ohne die typischen Krampfanfälle verlaufen. An Stelle der letzteren treten dann mitunter vorübergehende Zustände von Stupor, oder der oben geschilderten hallucinatorischen Verworrenheit.

Differentielle Diagnose. Wenn typische Krampfanfälle fehlen, erkennt man auch hier das Leiden am sichersten als epileptisches an der fortdauernd zornwüthig erregten Stimmung, den sinnlosen Wuthanfällen mit fehlender Rückerinnerung, den von Zeit zu Zeit auftretenden Angstaffekten und der religiösen Färbung der Delirien. Namentlich auch ist das Bewusstsein in keiner anderen Form der Paranoia so benommen, als in der epileptischen.

3. Die epileptische Entartung.

Die epileptische Entartung zeigt sich vorzugsweise in dem Niedergange der Intelligenz, neben welchem die Symptome des transitorischen Irreseins und der Paranoia einhergehen können.

Das Gedächtniss schwindet, Erinnerungslücken bilden sich, das Vorstellungsmaterial schrumpft ein, Ideenverknüpfung und Urtheil sind erschwert. Namentlich aber erstreckt sich der Verfall auch auf die ethischen und ästhetischen Vorstellungen. Oft schon von Haus aus vorhanden, erweitert sich die Lücke mit der Zeit mehr und mehr. Dieser Umstand verbunden mit der Intelligenzschwäche und einem finsteren, menschenfeindlichen Charakter, welcher schon der Physiognomie seinen Stempel aufdrückt, verschuldet die oft eben so unbegreiflichen, wie abscheulichen Missethaten der Epileptiker.

Nicht selten finden sich auch noch weitere Störungen auf dem motorischen Gebiete, z. B. Lähmungen mit nachfolgenden Muskelatrophieen. Zuletzt zeigen sich Symptome, die dem sekundären Blödsinn überhaupt eigen sind, z. B. Articulationsstörungen, Aphasieen, Störungen auf dem sensiblen Gebiete u. s. w.

Verlauf des epileptischen Irreseins. Das epileptische Irresein kann von vornherein den Weg der Entartung einschlagen, kann aber auch zuerst die Phasen des transitorischen Irreseins und der Paranoia durchschreiten, ehe das Ziel der sekundären epileptischen Verblödung erreicht ist. — Transitorisches Irresein aber und epileptische Paranoia bleiben selten lange Jahre unverändert bestehen, sondern neigen zeitig abwärts zur Entartung. Wichtig ist hierbei noch der Umstand, ob die Epilepsie im frühen Jugendalter oder erst im späteren Leben erworben wurde. Im ersteren Falle pflegt die Entartung auf dem Fusse zu folgen.

Völlige Genesung ist bei dem epileptischen Irresein ausgeschlossen. Doch darf man für den Fall, dass die neurotische Erregbarkeit des Gehirns sich mindert, was sich schon durch das Seltenerwerden der typischen Anfälle wahrscheinlich macht, auch auf einen theilweisen Rückgang der psychischen Symptome hoffen.

Die anatomische Grundlage ist noch immer dunkel. Ohne Zweifel spielen auch hier Vorgänge im vasomotorischen Gebiete eine grosse Rolle.

Epileptische Kranke gehören wegen ihrer Verworrenheit, ihren Angstaffekten und ihren entweder als sinnlose plötzliche Wuthausbrüche oder als planmässige Unthaten auftretenden schweren Handlungen zu den gefährlichsten Geisteskranken.

B. Das hysterische Irresein.

Die Hysterie ist eine allgemeine Neurose, deren Erscheinungen sich aus abnormer leichter Inanspruchnahme und Reizfähigkeit des Gehirns, zusammen mit erhöhter Gegenwirkung (Reaktion) herleiten lassen.

Vor Allem geben sich erhöhte Reizbarkeit und Reaktion auf dem Boden des Gemüthslebens kund. Zunächst bedingen sie einen rascheren Wechsel der Stimmung, welche zwar meist depressiv ist, aber leicht von heiterer Empfindung abgelöst wird. Meist überschreitet dabei die Stimmung das Maass des Gewöhnlichen und giebt sich rasch in Affekten kund. Die Vorstellungen sind lebhafter und farbenreicher und führen somit leicht zu Strebungen und Begehrungen, welch letztere sich auch in den Contrastvorstellungen unmotivirter Verabscheuungen gewisser Dinge oder von Abneigungen gegen gewisse Personen kundgeben. Dies Alles zusammen giebt dem Verhalten der Hysterischen den Anschein des Launischen und Planlosen. Die erhöhte Reizbarkeit kommt namentlich auch den Zuständen des eigenen Ich gegenüber zur Geltung. Da nun das Allgemeingefühl meist aus einzelnen schwächeren Unlustempfindungen sich zusammensetzt, fühlen sich die Kranken meist sehr leidend. Die Vorstellungen ihres eigenen Zustande nehmen sie gefangen, die Kranken denken nur mehr an sich, werden in Folge dessen egoistisch und gleichgiltig gegen das Wohl Anderer und anspruchsvoller. Glauben sie sich nicht genug beachtet, so nehmen sie zur Lüge und Simulation ihre Zuflucht, indem sie ihre Leiden übertreiben.

Ein niemals fehlender Zug ist die mehr oder minder lebhafte Betheiligung des Geschlechtslebens, von der die Krankheit ja auch ihren Namen hat. Die von den Geschlechtsorganen ausgehenden, zunächst meist unbewussten Reize summiren sich schliesslich zu bewussten Vorstellungen und Strebungen, die nicht

immer gerade in nymphomanischer Weise als direkte Bestrebungen zur Befriedigung des Geschlechtstriebes zu erscheinen brauchen, aber doch sämmtlich ein auf Geschlechtsverhältnisse bezügliches Aussehen haben. Umgekehrt scheinen mitunter aber auch die von der Geschlechtssphäre ausgehenden unbewussten Reize nicht kräftig genug zu sein, um bewusste Vorstellungen oder Strebungen auszulösen. So können einerseits Hysterische in sexuellen Vorstellungen schwelgen, andererseits aber auch grosse geschlechtliche Kälte, die sich in Widerwillen und abstossendem Benehmen gegen den Mann oder das männliche Geschlecht überhaupt kundgiebt, zeigen.

Wie bei der Epilepsie, so stellt auch bei der Hysterie das Irresein eine Weiterentwickelung der constitutionellen Neurose dar. Man unterscheidet auch hier vorübergehende und dauernde Irreseinszustände.

1. Das transitorische hysterische Irresein.

Die transitorischen hysterischen Irreseinszustände äusseren sich in sehr verschiedenen Formen, haben aber mit den epileptischen manches Gemeinsame.

Vor Allem ist hier hervorzuheben:

a) Die Bewusstseinsstörung mit ängstlichen Affekten. Ganz ähnlich wie bei der Epilepsie, treten zum ängstlichen Affekt Hallucinationen schreckhaft-dämonischen Charakters hinzu. Die Kranken appercepiren ihre Umgebung nicht mehr in gesunder Weise, sondern im Sinne des Verfolgungsdeliriums.

b) Hystero-epileptischen Anfall nennt man den Zustand, wenn sich das Bewusstsein bis zum gänzlichen Schwinden umnebelt und sich sinnlose Tobsuchtsanfälle mit convulsiven Zuckungen dazu gesellen.

Nicht immer tritt der hystero-epileptische Anfall unvermittelt ein, sondern oft ist er erst das letzte Glied einer durch motorische Erregungen, z. B. Tanzen, Lachen, Singen und kindischem Gebahren aller Art hindurchführenden Kette leichter Bewusstseinsstörungen.

c) Bewusstseinsstörungen ohne ängstliche Affekte. Die Hallucinationen zeigen hier visionär verzückte Bilder, ähnlich den religiösen Delirien der Epileptiker, und sind oft mit kataleptischer Starre verbunden.

In allen Zuständen transitorischen hysterischen Irreseins ist die Rückerinnerung geschwächt.

Verlauf. Das transitorische hysterische Irresein kann als einzelner Anfall oder als Reihe von Anfällen, entweder frei von

sonstigen psychischen Krankheitssymptomen oder als akute Episode eines chronischen hysterischen Irreseins vorkommen.

Die Dauer ist Stunden bis Tage lang.

2. Das chronische hysterische Irresein.

Hysterische erkranken ebenso gut, wie nicht Veranlagte, an Affektkrankheiten, welche in Genesung übergehen können. Oder es bildet sich, ähnlich, wie bei der Epilepsie, von vornherein ein Entartungsirresein aus.

a) Die hysterischen Affektkrankheiten.

α) Die hysterische Melancholie zeichnet sich durch Angstaffekte, Vorwiegen von Gesichtshallucinationen und allegorisirende Wahnideen, welche auf periphere, und zwar vorzugsweise sexuelle Empfindungen Bezug haben, aus. Das Verhalten der Kranken ist oft geräuschvoll, theatralisch den psychischen Schmerz verwerthend.

β) Die hysterische Manie zeigt das erhöhte Selbstgefühl hauptsächlich in erotischer Färbung. Die Kranke kokettirt, intriguirt, macht obscöne Andeutungen, entkleidet sich, wäscht sich mit Urin, beschmiert sich mit Koth.

Verlauf. Bei beiden Formen ist der stete Wechsel des Bildes und dass sie häufig ineinander übergehen, bemerkenswerth.

Die Dauer der hysterischen Affektkrankheit pflegt kürzer, als die der einfachen Psychoneurosen zu sein.

Der Ausgang ist meist in (relative) Genesung.

b) Die hysterische Entartung.

Die hysterische Entartung beginnt häufig schon in der Pubertätszeit und äussert sich entweder als affektives Irresein, oder als Paranoia, oder als Schwachsinn.

α) Das affektive hysterische Entartungsirresein (Folie raisonnante). Man unterscheidet eine melancholische und eine maniakalische Folie raisonnante. Das Leiden erhebt sich auf dem Boden des erkrankten Gemeingefühls. Die Kranken empfinden abnorm, schliessen aber von der falschen Voraussetzung ausgehend folgerichtig weiter. Da nun Hallucinationen und Wahnideen zu fehlen pflegen oder wenigstens nur sehr vorübergehend auftreten, da auch die äussere Besonnenheit den Kranken nicht verlässt und derselbe endlich seine Verstimmung wohl zu motiviren versteht, so erscheinen solche Kranke oberflächlichen Beobachtern, meist aber ihrer Umgebung, als gesund, und ihre Krankheit wird für moralische Verkehrtheit oder Charakterfehler gehalten.

Die maniakalische Folie raisonnante entlehnt manche Züge dem moralischen Irresein, sowie auch der primären Paranoia. In ihrem erhöhten Selbstgefühle hält sich die Kranke z. B. für geliebt, sie schreibt Briefe, nähert sich in auffälliger Weise dem eingebildeten Liebhaber, bezieht, wie die primär Paranoische, gleichgiltige Dinge auf sich und ihr Verhältniss, weiss dies Alles trefflich zu motiviren und geräth so ganz folgerichtig mit ihrer Familie in Zwiespalt, weil diese dies Alles nicht gelten lassen will.

Die melancholische Folie raisonnante ist ein habituell depressiver Affekt, der hauptsächlich, wenn auch nicht immer, aus Geschlechtsverhältnissen Nahrung zieht. Die Kranken glauben sich z. B. von ihrem Manne vernachlässigt, empfinden Eifersucht, zanken und streiten gegen ihn. Mit der Zeit werden immer weitere Kreise der Umgebung in den Gefühlsirrthum hineingezogen, die Kinder, Nachbarn, andere Frauen u. s. w. Aus diesem schmerzlichen Fühlen und Vorstellen kommen die Kranken nicht mehr heraus, alle Eindrücke der Aussenwelt wandeln sich in widrige und schmerzerregende. Daher werden die Kranken immer zank- und schmähsüchtiger, ihre schmerzlichen Vorstellungen erfüllen sie dergestalt, dass sie auch zu jeder Arbeit unfähig werden und ihre Wirthschaft, ihre Kinder und sich selbst vernachlässigen.

Häufig treten alsdann, durch periphere Sensationen verursacht, Verschlimmerungen mit Wuthanfällen ein. Mitunter aber werden auch hellere Zustände beobachtet, in denen die Kranken ihr „Unrecht" einsehen und sich darüber beklagen, dass sie aus eigener Macht sich dem Zustande nicht entreissen können.

Der Verlauf ist, wie bei jeder constitutionellen Psychose, ein meist gleichmässiger, sich allmälig verschlimmernder.

β. Die hysterische Paranoia. Das Krankheitsbild beherrschend sind die Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen auf sexueller Grundlage. Typisch für die hysterische Paranoia ist der Eifersuchtswahn, im Wesentlichen also ein Beeinträchtigungswahn. Häufig aber deliriren auch die Kranken in geschlechtlichen Verfolgungsideen. Periphere Sensationen in den Geschlechtsorganen und deren erleichterte Umdeutung, verbunden mit einer gewissen traumhaften Inanspruchnahme des Bewusstseins, begünstigen das Entstehen von Wahnideen nächtlichen Ueberfalles, von Nothzuchtsattentaten u. s. w. Umgekehrt erregen dort, wo ekstatisch-libidinöse Zustände episodisch dazwischen treten, die genannten Wahrnehmungen auch beglückende Vorstellungen nächtlichen Liebeslebens.

Ein hervorragendes Symptom sind ferner Verstimmungen des Geruchsinnes. Entweder sind es Hallucinationen widriger Natur oder umgekehrt perverses Wohlgefallen an den im eigenen Körper erzeugten Gerüchen, welches die Kranke veranlasst, sich gelegentlich mit Urin zu waschen oder mit Koth zu beschmieren.

Tobsüchtige Zornanfälle werden hauptsächlich durch den Eifersuchtswahn, verbunden mit widrigen peripheren Empfindungen, veranlasst.

γ. Der hysterische Schwachsinn ist stets das Endstadium des hysterischen Entartungsirreseins. Er kann früh eintreten als unmittelbare Folge verkümmerter Pubertätsentwickelung, nach einer Reihe von transitorischen Anfällen, — oder er entwickelt sich auf dem Umwege der Paranoia aus dem chronischen hysterischen Irresein. In letzterem Falle verödet die Vorstellungswelt mehr und mehr, die Kranke wird immer mehr und mehr auf ihre sie beherrschenden krankhaften Vorstellungen zurückgeworfen, die wahnhafte Umbildung der Persönlichkeit und ihre Umgebung schreitet immer weiter vor, das Gedächtniss schwindet, Urtheil und Thatkraft sind bis auf geringe Reste zurückgebracht. In diesem, nur von gelegentlichen, wenn auch wesentlich affektloseren, Tobsuchtsanfällen unterbrochenem Zustande kann die Kranke noch viele Jahre verharren.

Die differentielle Diagnose des hysterischen Irreseins ist, wie die des epileptischen, nicht immer leicht zu stellen. Im Allgemeinen ist man viel eher geneigt, Hysterie anzunehmen, wo keine vorliegt, als umgekehrt. Doch wird man selten fehlgehen, wenn man sich die Hauptmerkmale der Hysterie gegenwärtig hält, nämlich:

a) den raschen Wechsel in der Grundstimmung sowohl, wie in den Begleiterscheinungen, namentlich der Hallucinationen und der allegorisierenden Wahnideen, welche letztere oft an vorübergehende periphere Sensationen anknüpfen und mit diesen wieder verschwinden.
b) Das starke Hervortreten geschlechtlicher Beziehungen.
c) die Neigung zu Geruchsperversitäten.

Manche Züge hat das hysterische Irresein mit dem epileptischen gemein, so das Ueberwiegen der Gesichtshallucinationen in den transitorischen Anfällen, die Umnebelung des Bewusstseins und die mangelnde Rückerinnerung. Es unterscheidet sich jedoch, abgesehen natürlich von der Anamnese, von demselben durch folgende Merkmale:

In den transitorischen Anfällen ist die Bewusstseinsumnebelung nicht so tief, wie bei der Epilepsie, die krankhafte Apperception der Umgebung nicht so vollständig, die tobsüchtige Wuth nicht so sinnlos und gewaltthätig; die Rückerinnerung nicht so gänzlich ausgelöscht, sondern summarisch meist erhalten. Die Färbung der Delirien ist ferner eine vorwiegend erotische, im epileptischen Irresein dagegen eine vorwiegend religiöse. Der Charakter

des Epileptischen endlich ist fast stets scheu, misstrauisch, unheimlich, was bei den hysterischen Irren durchgängig nicht der Fall zu sein pflegt.

C. Das hypochondrische Irresein.

Die Hypochondrie ist eine allgemeine Neurose, welche sich durch erhöhte Reizempfänglichkeit für Zustände des eigenen Körpers und dadurch bedingte depressive Störung des Allgemeingefühles kennzeichnet. Hierzu gesellen sich alsdann Wahnideen über thatsächlich nicht vorhandene Krankheiten oder Zustände einzelner Körpertheile. Dieselben sind zunächst noch nicht fest, sondern mannigfach wechselnd, der Kranke behält immer noch einen Zweifelsrest übrig und liebt es, sich seine Ideen ausreden zu lassen.

Von einem hypochondrischen Irresein kann man erst sprechen, wenn die Wahnideen feste und bleibende Gestalt gewonnen haben, sich in den Vordergrund des Bewusstseins drängen, die Vorstellungswelt beherrschen und die Handlungen beeinflussen.

Man hat das hypochondrische Irresein in ein melancholisches und ein paranoisches (hypochondrische Verrücktheit) getheilt. Mit der Melancholie jedoch hat das hypochondrische Irresein an sich Nichts zu thun. Denn bei jener ist der schmerzliche Affekt das Primäre und die hypochondrischen Wahnideen bieten sich nur als Erklärungsgrund für dieselben dar. Die peripheren Sensationen, welche bei der Hypochondrie das Primäre darstellen, fehlen sogar bei der sogenannten hypochondrischen Melancholie.

Die hypochondrische Paranoia ist bereits Kap. 15 geschildert.

D. Das choreatische Irresein.

Die Chorea ist eine allgemeine Neurose, welche sich hauptsächlich auf dem Gebiete des cerebrospinalen Nerven-Muskelsystems abspielt in Form von Coordinationsstörungen der willkürlichen Bewegungen abspielt.

Die Mitbetheiligung der Psyche zeigt sich schon in frühen Stadien durch Reizbarkeit, Gemüthsverstimmung, ungeordneten Gedankengang. Durch das Hinzutreten von Gesichts- und Gehörshallucinationen, Angstaffekten oder maniakalischer Tobsucht wird das Bild der Psychose vervollständigt.

Die Pathogenese lässt sich unschwer aus dem Symptomencomplex der Chorea erklären. Angstaffekte werden hauptsächlich durch Endocarditis, welche selten fehlt, hervorgerufen. Gesellen sich nun noch Hallucinationen dazu, so ist bei der ohnehin fehlenden Besonnenheit der Weg zur Bildung von Verfolgungsideen geebnet. Die Entstehung der Hallucinationen aber lässt sich auch hier auf peripherem Wege erklären, nämlich durch

Mitbetheiligung der Augenmuskeln, wodurch vorübergehend Strabismus erzeugt, also das Gesichtsfeld verschoben und die Akkomodation gestört wird, — und ferner, bezüglich des Ohres, durch Affektion des M. tensor tympari, wodurch subjective Geräusche, namentlich Ohrenklingen, erzeugt werden. Bei der mangelnden Controlle im Centrum werden alsdann diese subjectiven Sinneseindrücke leicht hallucinatorisch verwerthet. — Wird die ungeordnete Muskelaktion sehr stark und ungebunden, so geht schliesslich auch die Herrschaft über das Vorstellungsleben verloren. Selbst die Apperception des eigenen Gemeingefühls ist gestört, und der Kranke gleicht in seiner ruhelosen Ungebundenheit und scheinbaren Unbekümmertheit um äussere Vorgänge ganz einem maniakalischen Tobsüchtigen.

Begünstigt wird das Entstehen der Psychose auch noch durch die Erschöpfung, welche durch mangelnden Schlaf, ungenügende Ernährung und unablässige Inanspruchnahme des willkürlichen Muskelsystems erzeugt wird.

Verlauf und Dauer richten sich nach dem Grundleiden. Der Ausgang ist, falls letzteres ohne endocarditische Reste verschwindet, gleichfalls in Genesung.

Achtzehntes Kapitel.

IV. Die Vergiftungspsychosen.

Man kann akute und chronische Vergiftungspsychosen unterscheiden.

Die akuten Vergiftungspsychosen werden am häufigsten durch narkotische Gifte erzeugt. Es sind hier zu nennen: Opium, Haschisch (Opium- und Haschisch-Raucher), Tollkirsche, Nachtschatten, Stechapfel u. s. w. Auch die Vergiftung durch Mutterkorn in verdorbenem Getreide ist hierher zu rechnen. —

Zu diesen längst bekannten Giften ist in neuerer Zeit noch das Jodoform getreten, welches bei lange fortgesetztem äusseren Gebrauch akute Geistesverwirrung verursachen kann.

Endlich sind auch giftige Gase, namentlich das Kohlenoxydgas und der Schwefelkohlenstoff (Kautschukarbeiter) zu nennen.

Allen diesen akuten Vergiftungspsychosen sind rauschartige Umnebelung des Bewusstseins, Hallucinationen, namentlich des Gesichts, und tobsüchtige Erregung eigen, wenn auch die Krankheitsbilder je nach der Natur des Giftes im Einzelnen mannigfache Abweichungen zeigen.

Der Verlauf und Ausgang richtet sich nach den körperlichen Symptomen. Wird das Leben erhalten, so schwindet auch die Psychose wieder. Kachexie und Verfall in geistige

Schwäche wird nur bei dem gewohnheitsmässigen Opiumraucher beobachtet.

Die chronischen Vergiftungspsychosen sind für den Irrenarzt wichtiger. Veranlassung zu denselben giebt entweder der Missbrauch von Reizmitteln, namentlich Spirituosen, oder von Arzneimitteln, wie Morphium, Cocaïn, Chloroform, Chloral, den Bromsalzen u. s. w., – oder der Genuss verdorbener Nahrungsmittel, beziehungsweise des Mais, — oder endlich der gewerbliche Umgang mit Giften, namentlich Blei.

Die in Folge des Genusses von verdorbenem Mais eintretende Psychose ist, wie hier vorausgeschickt werden soll, nur in Ober-Italien einheimisch und jedesmal mit pellagrösem Ausschlag verbunden. Sie äussert sich in starkem melancholischen Affekt mit Lebensüberdruss und Selbstmordneigung, dem bei raschem Körperverfall hallucinatorische Delirien und Marasmus folgen. — Der Ausgang ist meist tödtlich.

Von hervorragendem praktischen Interesse sind der Alkoholismus und der Morphinismus, weil sie am häufigsten vorkommen und am tiefsten zerrüttend wirken, — und auch die Bleipsychose, weil sie eine wichtige und nicht allzu seltene gewerbliche Krankheit darstellt.

A. Das alkoholistische Irresein.

Unter Alkoholismus versteht man eine durch den gewohnheitsmässigen Missbrauch von Spirituosen bewirkte, mit Erscheinungen des körperlichen und geistigen Verfalls einhergehende und zu Marasmus und Verblödung führende allgemeine Neurose.

Pathogenese. Der geistige Verfall pflegt zumeist auf ethischem und ästhetischem Gebiete zu beginnen. Das Gefühl für das, was er sich selbst und seinen Mitmenschen schuldet, geht dem Trinker zuerst verloren, und die Feinheit des Empfindens stumpft sich ab. Dazu gesellt sich bald Selbstüberhebung, gepaart mit Misstrauen gegen die Umgebung, die seine edlen oder doch guten Eigenschaften, wie er wähnt, nicht genügend anerkenne. Heftige Affektausbrüche sind die gelegentlichen Folgen davon. Abwechselnd hiermit treten Zeiten schwerer Niedergeschlagenheit auf, der Trinker erkennt noch den Abgrund, vor dem er steht, er hat auch die Absicht, dem Laster zu entsagen, vermag es aber nicht aus eigener Kraft, sondern muss immer wieder zur Flasche greifen, die ihm doch wenigstens vorübergehend Kraft und Selbstvertrauen wiedergiebt, wonach freilich um so eher wieder die unausbleibliche Schwächereaktion mit ihrem Gefolge von Gewissensbissen und erneuten Vorsätzen eintritt. — Diese Willensschwäche zeigt sich bald auch auf anderen Gebieten, namentlich dem Berufsleben. Der Kranke bringt nichts

Rechtes mehr fertig, er wird vergesslich, träge, und muss, um nur etwas leisten zu können, immer wieder zu dem alten Reizmittel greifen. — Schliesslich leidet auch die Intelligenz. Der Kranke wird gedächtnissschwach, stumpf, urtheilsschwach und schliesslich blödsinnig.

Die körperlichen Begleiterscheinungen zeigen sich zuerst, wie es scheint, in den Circulationsorganen. Die Herzmuskulatur entartet fettig, die Arterien werden atheromatös und der Puls wird klein und langsam. In Folge dessen treten oberflächliche venöse Störungen ein. Die Haut wird welk und livide gefärbt, capilläre Erweiterungen zeigen sich. — Dazu gesellen sich Störungen in den Unterleibsorganen, zuerst in der Magenschleimhaut, der Leber, welche cirrhotisch entartet, und den Nieren. Pneumonien, durch Ueberlastung des kleinen Kreislaufes, oder hydropische Ergüsse machen schon oft in diesem Stadium dem Leiden ein Ende.

Auf sensorischem Gebiete leidet namentlich der Sehapparat. Subjective Gesichtserscheinungen, wie Funkensehen, Mückenfliegen, später Akkomodationsstörungen und Amblyopie treten ein, Hallucinationen, welche zuerst allerdings noch ohne das Bewusstsein dauernd zu belasten vorübergehen, gesellen sich dazu. — Aehnlich finden sich auch im Gehörorgan subjektive Geräusche.

Pathognomonisch sind die Veränderungen auf dem motorischen Gebiete, namentlich das nie fehlende Zittern. Es ist ein paralytisches Intentionszittern, welches Morgens am heftigsten auftritt und durch eine entsprechende Dosis Alkohol beseitigt oder ermässigt wird. Am häufigsten wird es an den Händen und der Zunge gefunden, erstreckt sich aber auch auf weitere Parthien des Rumpfes und der Extremitäten. In vorgerückteren Stadien des Alkoholismus tritt Parese der unteren Extremitäten hinzu, sodass der Kranke gar nicht oder nur mühsam an Stöcken und Krücken gehen kann.

Zahlreiche sensible Störungen, namentlich Neuralgien und Hyperästhesien, oder umgekehrt auch Anästhesien, sind schon frühe Begleiter des Leidens, — ebenso Schwindel, Kopfweh, Benommenheit, Unlust u. s. w. Bemerkenswerth ist auch die frühzeitige Abnahme des Geschlechtstriebes.

In einer Anzahl von Fällen beobachtet man neben den sonstigen Erscheinungen auch noch epileptische Krämpfe. Diese sogenannte Alkohol-Epilepsie ist jedesmal eine erworbene, und zwar muss man annehmen, dass durch die chronische Alkoholvergiftung das Gehirn Veränderungen unterworfen wird, die es zur Entstehung epileptischer Anfälle disponiren. Mitunter lässt sich aber das Auftreten von epileptischen Krämpfen auf direkte Ursachen, wie Schädelverletzungen u. dergl. zurückführen. Als Gelegenheitsursachen zur Auslösung eines Anfalles oder einer

Reihe von Anfällen, denen alsdann häufig ein längeres postepileptisches Stadium der Verworrenheit folgt, dienen gehäufte oder stärkere trunkfällige Excesse.

Die Irreseinsformen, welche sich auf dem neurotischen Boden des chronischen Alkoholismus erheben, sind theils vorübergehende, theils bleibende. Man bezeichnet sie mit dem Namen des Delirium tremens, beziehungsweise des chronischen alkoholistischen Irreseins.

1. Das Delirium tremens.

Das Delirium tremens (Zitterwahnsinn, Säuferwahnsinn im engeren Sinne) ist ein unter Hallucinationen, Verworrenheit, Angstaffekten und Zittern einhergehendes akutes Leiden, das sich episodisch in den Verlauf des chronischen Alkoholismus hineinschiebt.

Das Delirium tremens tritt nicht plötzlich, sondern nach einer Reihe von Vorboten, die auf Herzschwäche und Inanition deuten, ein. Der Puls ist klein und schwach, der Appetit fehlt, Schlaflosigkeit, Kopfweh und präkordiale Angstanfälle gesellen sich dazu. Wird in diesem Zustande ein Trunkexcess begangen, oder umgekehrt gänzliche Enthaltung geübt, wodurch dem Herzen der gewohnte Reiz entzogen wird, so bricht die Krankheit aus. Auch sonstige Umstände, die auf das Herz schwächend einwirken, z. B. fieberhafte Krankheiten, Lungenentzündungen, Verletzungen u. dergl. können zu Gelegenheitsursachen werden.

Klinisch ist das Delirium tremens der echte Typus der hallucinatorischen Verworrenheit. Zuerst pflegen Gesichtshallucinationen aufzutreten, ein verworrenes Durcheinander aller möglichen Gestalten, unter denen wohl auch kleine Thiere, wie Ratten, Mäuse, Ungeziefer aller Art, eine Rolle spielen, aber auch vorbeimarschirende Menschenmassen u. dergl. Allmählich nehmen diese Gesichtstäuschungen, denen anfänglich der Kranke mehr als müssiger Zuschauer gegenüber gestanden, einen beängstigenden Charakter an, der Kranke glaubt sich bedroht und sucht zu entfliehen. Der Affekt steigert sich, nachdem auch noch bestätigende Gehörshallucinationen dazugetreten. Fehlt dagegen der ängstliche Affekt, so beschäftigen sich die Delirien des Kranken vielfach mit seinen häuslichen Geschäften, er hört seine Freunde rufen, er will anspannen, muss auf's Contor u. dergl. — Nicht selten treten auch Gefühlsillusionen dazu. Kleine Furunkeln, Druck auf eine Hautstelle und ähnliche Dinge verursachen Wahnideen, gebissen oder gestochen zu werden, Eingriffe, denen der Kranke lebhafte Abwehr entgegensetzt.

Auf motorischem Gebiete ist das Zittern, von dem die Krankheit den Namen führt, sehr hervortretend. Namentlich stark ist

es an den Händen und der Zunge. In Folge letzteren Umstandes wird die Sprache häufig undeutlich und stockend.

Die Besinnung ist meist nicht ganz geschwunden. Auf Anreden antwortet der Kranke, freilich oft, ohne seine Umgebung zu erkennen, und sofort wieder in's Delirium zurückfallend.

Auf der Höhe der Krankheit fehlt der Schlaf gänzlich, höchstens tritt zeitweise ein stilles faselndes Delirium an seine Stelle. Der Schlaf hat eine unbedingte kritische Bedeutung, indem sich mit seinem Eintreten die Genesung einleitet.

Die Temperatur ist niemals gesteigert, sondern umgekehrt meist subnormal. Doch verbindet sich das Delirium tremens häufig mit fieberhaften Krankheiten, namentlich mit Lungenentzündung.

Die Dauer der Krankheit währt etwa 2 bis 8 Tage.

Der Verlauf pflegt ein gleichmässiger ohne wesentliche Remissionen zu sein.

Der Ausgang ist meist in (relative) Genesung. Doch betragen die Todesfälle immerhin noch gegen 15 %. Die Genesung leitet sich entweder durch einen tiefen kritischen Schlaf ein, nach welchem der Kranke zwar schwach, aber wesentlich frei von Delirien aufwacht, — oder es tritt zunächst ein amphiboles Stadium ein, während dessen verschiedene Anläufe zum Schlafen gemacht werden, die aber noch durch Delirien und motorische Unruhe unterbrochen sind. Der Ausgang in den Tod geschieht fast ausnahmslos durch Herzschwäche. Bei gleichzeitiger Lungenentzündung oder sonstiger schwerer Komplikation ist begreiflicherweise diese Gefahr am grössten. — Seltener noch ist der direkte Ausgang in unheilbare chronische Alkoholpsychose mit Verblödung.

2. Das chronische alkoholistische Irresein.

Das chronische alkoholistische Irresein ist wesentlich eine Weiterentwickelung der als chronischer Alkoholismus gekennzeichneten Neurose. Grundlegend ist hier die maniakalische Selbstüberhebung mit Beeinträchtigungsideen. Der Kranke hält sich im Verkehr mit den Seinigen für verkannt, zurückgesetzt und in der persönlichen Werthschätzung seitens derselben beeinträchtigt. Er ergeht sich in Vorwürfen gegen dieselben, behandelt sie brutal, beschimpft und schlägt sie. Sein Laster leugnet er durchaus, selbst auf die bündigsten Beweise hin, bezeichnet alles als Lug, Trug und boshafte Anfeindung, oder er giebt es zwar halbwegs zu, beschönigt es aber zugleich durch angebliche schlechte Behandlung.

Mitunter zeigt sich die maniakalische Selbstüberhebung auch im Renommiren, öffentlichen Skandaliren, Geldausgeben und

Kaufsucht. Mit der Zeit gesellen sich Hallucinationen dazu und die Wahnideen nehmen einen ganz bestimmten Charakter an. Hierbei ist die sexuelle, erotische Färbung, welche beide zu tragen pflegen, bemerkenswerth. Die Gehörshallucinationen haben nicht selten den Inhalt, dass der Kranke in Bezug auf geschlechtliche Verhältnisse verhöhnt wird, — z. B. seine ganze Umgebung ergehe sich in fortwährenden Unsittlichkeiten, er merke nur nichts davon, da man ihn geschickt zu hintergehen wisse, er sei ja auch impotent u. s. w. Eine ganz bestimmte Form nehmen solche sexuelle Wahnideen in dem nie fehlenden, darum pathognomonischen Eifersuchtswahn an, zu dessen Entstehung nicht unwahrscheinlicher Weise das Bewusstsein der in der That bestehenden Impotenz beiträgt.

Dazwischen treten mitunter episodische Anfälle von Präkordialangst mit Selbstanklagen oder mit anklagenden und verurtheilenden Gehörhallucinationen.

Der Ausgang des chronischen alkoholistischen Irreseins hängt davon ab, ob Enthaltsamkeit vom Trunk erreicht werden kann, oder nicht. Wo dies der Fall ist und wo der körperliche Verfall noch nicht allzuweit vorgeschritten ist, darf man auf eine wenigstens relative Genesung hoffen. Die Sinnestäuschungen blassen ab, die Wahnideen drängen sich nicht mehr so stark in den Vordergrund, wie bisher, und mit Wiederaufnahme der gewohnten Berufsgeschäfte macht sich wieder eine objectivere Denkweise geltend.

Andernfalls nimmt zuerst die Schwäche des Intellekts- und im weiteren Verlaufe die des gesammten Geisteslebens überhand. Das Gemeingefühl stumpft sich mehr und mehr ab, die Affekte werden schwächer, das Handeln zeigt sich schliesslich nur noch in zwecklosem störendem Treiben, wie Kleiderzerreissen und Kothschmieren, oder es verlöscht nahezu ganz. Endlich tritt völliger Marasmus und der Tod ein. Im Allgemeinen ist dieser Ausgang jedoch selten, weil der körperliche Verfall dem geistigen vorauseilt, so dass das Ende schon in einem früheren Stadium des chronischen Alkoholismus unter Symptomen der Herzschwäche, des Hydrops und der Lebercirrhose erfolgt.

Die Sektion ergiebt alt Hirnbefunde hauptsächlich leptomeningitische Ausschwitzungen und Verdickungen, oder Pachymeningitis, ferner Hydrocephalus internus und Verdickung des Schädeldaches.

B. Der Morphinismus.

Der Morphinismus ist eine durch den Missbrauch des Morphiums, namentlich der subcutanen Einspritzungen, bewirkte dem Alkoholismus ähnliche, mit körperlichem Verfalle einhergehende Neurose.

Die Symptome sind verschieden, je nachdem es sich um die eigentlichen Vergiftungs- oder um Abstinenzerscheinungen handelt.

1. Die Vergiftungssymptome machen sich auf geistigem Gebiete zunächst als Morphiumsucht geltend. Das Morphium, anfänglich meist nur als Heil- und Beruhigungsmittel bei neuralgischen und ähnlichen Beschwerden angewandt, entfaltet zugleich eine belebende Wirkung, die den trügerischen Schein erhöhter Kraft und Leistungsfähigkeit erweckt. Durch das auf diese Weise geschaffene Wohlbehagen macht es sich bald als vermeintlich unentbehrliches Reizmittel geltend, zu dem auch ohne den Stachel körperlichen Schmerzes bei jeder Gelegenheit, namentlich aber in den unausbleiblichen reactiven Schwächezuständen stets aufs Neue wieder gegriffen wird. Da die euphorischen Zustände immer kürzer, die reactiven Schwächezustände dagegen immer länger werden, und ferner auch rasche Gewöhnung eintritt, muss zu immer höheren Dosen gegriffen werden.

Wie beim Alkoholismus zeigt sich auch hier die psychische Entartung hauptsächlich und zuerst auf dem ethischen Gebiete. Die geistige Widerstandsfähigkeit und Energie wird immer geringer, die Begriffe des Schicklichen verwirren sich, der Charakter wird haltlos, zerfahren, egoistisch und lügnerisch. Die Intelligenz bleibt lange Zeit scheinbar unberührt, erweist sich aber doch für Leistungen, die über das Maass des Gewöhnlichen hinausgehen und Ausdauer, Schwung und Urtheilskraft erfordern, bald als unzulänglich. Schliesslich tritt Gedächtnissschwäche ein, und grosse Unruhe gepaart mit ängstlichen Affekten, die nur auf kurze Zeit durch Einverleibung einer erneuten Dosis Morphium beschwichtigt werden, lässt den Kranken überhaupt zu keiner geordneten Thätigkeit mehr gelangen.

Die körperlichen Begleiterscheinungen sind auf die gefässverengernde Wirkung des Morphiums zurückzuführen. Verminderte Sekretionen, — der Speicheldrüsen, wodurch Trockenheit in Schlund und Gaumen erzeugt wird, — ferner des Magen- und Pankreassaftes mit den Folgeerscheinungen der Dyspepsie, — endlich des Urins sind die gewöhnlichsten Symptome. Auch die Menstruation pflegt sich anfänglich unregelmässig einzustellen und später ganz aufzuhören. Im Urin findet sich häufig Eiweiss. Ein Symptom reactiver Gefässerweiterung ist häufiger Schweisserguss. Die Haut ist sonst kühl, trocken, spröde, die Gesichtsfarbe blass und fahl, die Eigenwärme gesunken. — Der Geschlechtstrieb ist, wie beim Alkoholismus, anfänglich vermindert, später ganz aufgehoben.

Auf dem motorischen Gebiete zeigen sich Zittern, bis zur Ataxie gesteigerte Coordinationsstörungen und Parese der Sphincteren. Dazu gesellen sich sensible Störungen, Herzkrämpfe und

Schlaflosigkeit. Schliesslich tritt in Folge von zunehmendem Marasmus Herzlähmung ein.

2. Die Abstinenzsymptome gestalten sich verschieden, je nachdem die Entziehung plötzlich oder allmälig geschieht. Im ersteren Falle treten unter Collapserscheinungen, starkem Schweisserguss, Durchfällen, grosser Schwäche und Hinfälligkeit, Vernichtungsgefühl, heftige Angstparoxyismen auf, welche, ähnlich wie beim alkoholistischen Delirium, von Gesichtshallucinationen und starker Unruhe gefolgt sind. Das Verlangen nach dem erlösenden Morphium wird dabei stets auf das Heftigste geäussert. Die Erscheinungen nach plötzlicher Abstinenz können eine lebenbedrohende Höhe erreichen und sind viel schwerer als die nach plötzlicher Entziehung des Alkohols.

Die Abstinenzsymptome nach allmäliger Entziehung tragen denselben Charakter, sind aber bei Weitem milder. Doch ist auch hier die körperliche Hinfälligkeit und das Gefühl gänzlichen Unvermögens gross, und unbehagliche Sensationen, wie Hautjucken, Frösteln, daneben Schweissergüsse und krampfhaftes Gähnen treten auf. Hallucinationen und qualvolle Unruhe bei anhaltender Schlaflosigkeit bleiben dem Kranken gleichfalls nicht erspart.

Auch nach gelungener Entziehungskur bleiben einzelne Vergiftungs- sowohl wie Abstinenzsymptome lange Zeit bestehen und erhöhen die Gefahr eines Rückfalles.

Der Morphinismus ist nicht in dem Maasse, wie der Alkoholismus, eine typische Psychose, sondern mehr als eine Neurose aufzufassen, welche zu episodischer Geisteskrankheit nach Art des Deliriums tremens führt. Doch ist die Angewöhnung an das Reizmittel stärker und die Enthaltung schwerer durchzuführen.

C. Das Irresein durch Bleivergiftung.

Das Irresein durch Bleivergiftung ist eine bei Bleiarbeitern vorkommende Gewerbekrankheit, welche sich ætiologisch und klinisch an die bekannten körperlichen Erscheinungen der Bleivergiftung anschliesst.

Wir unterscheiden auch hier eine akute und eine chronische Form.

1. Bei der akuten Form treten nach längerer andauernder Schlaflosigkeit, ähnlich wie bei dem Delirium tremens, massenhafte ängstliche Hallucinationen mit Verworrenheit und grosser Unruhe auf.

Der Ausgang ist in Genesung durch kritischen Schlaf oder allmälig nach einem dem Anfalle folgenden stuporösen Stadium, — oder in den Tod unter Erscheinungen des Hirnreizes (Krämpfe)

oder des Hirndruckes (Koma) — oder endlich in unheilbaren Schwachsinn.

2. Bei der chronischen Form sind gleichfalls Hallucinationen, und zwar verschiedener Sinne, mit Verfolgungs-, namentlich Vergiftungsideen, Angstzustände und allgemeine Verworrenheit die Regel. Oft beginnt die Krankheit mit einer Hemmung der intellektuellen Sphäre, wobei der Kranke sich benommen fühlt und seine Gedanken nicht zu ordnen vermag.

Der Ausgang ist meist noch einem paralytischen Durchgangsstadium in Marasmus und Tod.

Differentielle Diagnose. Das Irresein durch Bleivergiftung hat in seiner akuten Form Aehnlichkeit mit dem alkoholistischen Delirium tremens, namentlich auch, da Zittern zu den konstanten körperlichen Begleiterscheinungen der Bleivergiftung gehört. In seiner chronischen Form bietet es Aehnlichkeiten mit der fortschreitenden Paralyse (s. Kap. 19) dar. Vor Verwechslungen werden hier immer die Anamnese sowohl, wie die bekannten körperlichen Symptome der chronischen Bleivergiftung schützen.

Neunzehntes Kapitel.

IV. Die organischen Geisteskrankheiten.

Alle Geisteskrankheiten ohne Ausnahme haben wir uns als organisch begründet zu denken. Doch verstehen wir unter organischen Geisteskrankheiten im engeren Sinne solche, wo bei schweren anatomisch greifbaren Organerkrankuugen des Gehirns psychische Symptome im Vordergrunde stehen.

Der allgemeinen Eintheilung der Gehirnkrankheiten folgend, unterscheiden wir organische Psychosen bei diffusen und solche bei Heerderkrankung des Gehirns.

Zu den organischen Psychosen mit diffuser Gehirnerkrankung zählen wir das akute Delirium, die fortschreitende Paralyse und das Irresein der Greise.

Zu den organischen Psychosen mit Heerderkrankung des Gehirns zählen wir das luetische Irresein, das traumatische Irresein, ferner das Irresein nach multipler Sklerose, nach Apoplexieen, Abscessen und Neubildungen.

A. Das akute Delirium.

Die pathologisch-anatomische Grundlage des akuten Deliriums ist Hyperämie des Gehirns und der Hirnhäute. Die Entstehung ist noch dunkel. Doch dürfen wir annehmen, dass vasomotorische Gefässlähmung eine hervorragende Rolle spielt.

Die veranlassenden Ursachen sind theils plötzlich, theils allmälig wirkende. Unter ersteren sind Kopfverletzungen und Sonnenstich, unter letzteren allgemein oder das Gehirn im Besonderen betreffende Erschöpfungsvorgänge, ungenügende Ernährung, Sorge und Kummer, aufreibende körperliche und geistige Arbeit, Excesse zu nennen. Häufig handelt es sich um von Haus aus veranlagte namentlich zu vasomotorischen Störungen geneigte Personen. — In jedem Falle aber wird man ein in seiner Widerstandskraft geschwächtes Gehirn, beziehungsweise ein leicht reizbares vasomotorisches System voraussetzen müssen.

Symptome und Verlauf. Das akute Delirium ist eine fieberhafte Krankheit. Wenigstens verläuft es in den meisten Fällen mit erhöhter Eigenwärme, welche auf 40° und darüber steigen kann.

Anfänglich, d. h. so lange das Gehirnleiden sich in den Grenzen einer einfachen aktiven Hyperämie bewegt, pflegen die Erscheinungen des Gehirnreizes vorherrschend zu sein. Starkes Kopfweh mit Spannung und Druck, Hitze und Congestionen nach dem Kopf, Injection der Bindehaut, verengerte Pupillen werden beobachtet. Die Kranken selbst haben das Gefühl einer herannahenden schweren Erkrankung, sie sind reizbar, heftig, auffahrend, oder ängstlich und weinerlich. Sie klagen, dass sie nicht denken können. Grosse Hinfälligkeit Schlaflosigkeit meist für die ganze Dauer des akuten Leidens und Ueberempfindlichkeit für Sinneseindrücke tritt ein.

Bald entwickelt sich das Krankheitsbild zu voller Höhe. Verworrenheit und Benommenheit des Bewusstseins werden immer grösser, wirre Delirien mit sehr beschleunigtem Vorstellungsablauf und meist ängstlichen schreckhaften Charakters, treten auf. Schwerer tobsüchtiger Bewegungsdrang, mitunter mit dem erkennbaren Zwecke, dem drohenden Unheil zu entfliehen, mitunter aber auch lediglich als Zeichen der primären Erregung der motorischen Centren zweck- und ziellos sich gebend, hilft das Krankheitsbild vollenden. Mitunter, wenn auch selten, tragen die Delirien keinen schreckhaften, sondern einen friedlichen, heiteren Charakter, — statt von Blut und Feuer träumen die Kranken von Blumen und Sonnenschein.

Auch auf die subcorticalen Centren erstreckt sich der Gehirnreiz, wie aus dem Auftreten unwillkürlicher bis zu Convulsionen sich steigernden Bewegungen zu schliessen ist. Ebenso pflegt auch die Erregbarkeit der Reflexcentren und der sensiblen Sphäre erhöht zu sein.

Zeitweise Remissionen, die so tief sein können, dass sie beginnende Rekonvalescenz vortäuschen, sind gleichfalls nie fehlende Erscheinungen im Verlaufe des Leidens.

Zu den Zeichen des Gehirnreizes gesellen sich frühzeitig die des Gehirndruckes. Schon von Beginn an liegt auf dem Bewusstsein ein dichter Schleier. Der Kranke empfindet Alles nur wie durch einen Nebel hindurch, seine Sprache und seine Bewegungen haben etwas Traumhaftes an sich. Gehirndruck bedeutet immer eine schwerere anatomische Störung, und auch hier ist sie, im Gegensatz zu der einfachen aktiven Hyperämie, als klinisches Zeichen der Stauung und Ausschwitzung zu betrachten.

Steigt der Gehirndruck, so wird die Benommenheit immer tiefer, die Delirien werden faselnd, die Bewegungen unbewusst und ataktisch. Gleichzeitig treten die Erscheinungen der Herzschwäche auf, das Fieber wird adynamisch, Collapserscheinungen zeigen sich, und nach immer tieferem Verfall, nach Lungenhypothtasen, brandigem Aufliegen und äusserster Abmagerung erliegt endlich der Kranke.

Dieser Ausgang in den Tod, und zwar nach etwa zwei- bis dreiwöchentlichen Krankenlager, ist der häufigste. Doch kommen auch Fälle vor, wo der Kranke nach einer sehr langen Rekonvalescenz, mit sehr geschwächter Widerstandskraft allerdings, in eine Art von Genesung eintritt.

Differentielle Diagnose. Das akute Delirium kann mit der akuten hallucinatorischen Verworrenheit und mit Melancholie mit Angstaffekten verwechselt werden. Von ersterer unterscheidet sie sich jedoch dadurch, dass Hallucinationen entweder ganz fehlen, oder doch wenigstens nicht in so greifbarer, deutlicher Form und mit solcher Bestimmtheit wie dort sich hervorheben, — ferner durch das Vorhandensein von Fieber - und endlich durch die übrigen Zeichen sensibler und motorischer Hirnreizung. Von der Melancholie mit Angstaffekten ist das Leiden ebenfalls durch die beiden zuletzt erwähnten Punkte, ausserdem aber durch die tiefe Bewusstseinsstörung unterschieden.

B. Das Irresein der Greise.

Die anatomische Grundlage des Irreseins der Greise ist Atrophie der Rindensubstanz des Grosshirns, namentlich des Vorderhirns, eingeleitet durch atheromatöse Entartung der Arterien. Als compensatorische Begleiterscheinungen finden sich ausserdem noch wässerige Ergüsse in den Seitenhöhlen, Oedem und Ausschwitzungen in den Hirnhäuten, Verdickungen des Schädeldaches u. s. w.

Symptome und Verlauf. Der psychische Ausdruck der durch die rückschreitende Altersmetamorphose des Gehöres bedingten Rindenatrophie ist Einschränkung des geistigen Horizontes. Dieselbe betrifft sowohl das intellektuelle, als das

ethische Gebiet. In ersterer Beziehung zeigt sich Unfähigkeit zur Aufnahme neuer Ideen und Beharren beim Alten, später Schwinden des Vorstellungsschatzes überhaupt und Abnahme des Gedächtnisses, namentlich für Ereignisse der jüngsten Zeit, während die Rückerinnerung an Erlebnisse einer früheren Periode meist noch lange erhalten bleibt. — In ethischer Beziehung findet sich Eigensinn, Geiz, Misstrauen und Abstumpfung des Schicklichkeitsgefühles.

Mit der Steigerung dieser physiologischen Charakterveränderungen ist alsbald auch der Uebergang in Geisteskrankheit gegeben. Je nachdem nun mehr die affektive oder die intellektuelle Seite in Anspruch genommen erscheint, unterscheiden wir einen Alterswahnsinn und einen Altersblödsinn.

1. Der Alterswahnsinn zeigt sich hauptsächlich als Verfolgungswahn. Der Affekt äussert sich in der Weise, dass die Kranken sehr ängstlich und schreckhaft sind, glauben, sie sollten ermordet werden, oder Diebe seien im Begriff, einzubrechen. Sie schreien, weinen und toben dabei Tage und Nächte hindurch.

Oder der Verfolgungswahn hat die Gestalt einer primären Paranoia. Die Kranken sind äusserst misstrauisch, halten sich für hintergangen, sollen bestohlen und betrogen werden, zu welchem Zwecke sie auch in das Irrenhaus gesperrt seien. In Folge dessen zornige Aufregung gegen die Umgebung, kindisches Schimpfen, Toben, Umsichschlagen.

2. Beim Altersblödsinn sind die auch hier niemals fehlenden Wahnideen mit deutlichem Verfall der Intelligenz verbunden. Gedächtnissschwäche tritt ein, dazu gesellen sich Bewusstseinsstörungen mit Bezug auf die eigene Persönlichkeit, sowie auf Zeit und Raum. Die Kranken vergessen ihren Namen, kennen ihre Kinder nicht mehr, finden sich weder auf der Strasse, noch in ihrem Hause zurecht, kramen des Nachts, da sie ausserdem an Schlaflosigkeit leiden, im Hause herum und verlegen und verstecken Sachen, von denen sie dann behaupten, sie seien ihnen gestohlen worden.

Die Wahnideen tragen hier oft einen maniakalischen Charakter, fallen aber ausserdem durch ihren kindischen, absonderlichen, mit dem sonstigen Geistesleben scheinbar ohne Zusammenhang stehenden Inhalt auf. Der Koth der Kranken ist Gold, das sie sorgsam im Ofen oder im Bett zu verbergen trachten, sie haben Augen von Perlen und dergl. — Diese Wahnideen gleichen ihrem Inhalte nach den auch bei der Paralyse (s. Kap. 20) vorkommenden.

Die ethischen Gefühle sind abgestumpft. Treten dabei, was nicht selten der Fall ist, geschlechtliche Regungen auf, so werden

Vergehungen gegen die Sittlichkeit, namentlich Attentate gegen Kinder begangen.

Verlauf und Ausgang sind selbstverständlich der fortschreitenden Altersmetamorphose entsprechend. Das schliessliche Ziel ist, nachdem Apoplexion, Lähmungen und dergl. vielfach dazwischen getreten sind, vollkommene Verblödung und der Tod unter marastischen Erscheinungen. Doch kann der endliche Ausgang, wenn für ausreichende Pflege und stricte Lebensordnung gesorgt ist, sich noch Jahre lang hinausziehen.

Zwanzigstes Kapitel.

IV. Die organischen Geisteskrankheiten.

(Fortsetzung)

C. Die Paralyse.

Die Paralyse (fortschreitende Paralyse der Irren, paralytisches Irresein) ist eine unter mannigfachen psychischen und motorischen Störungen, namentlich mit Lähmungen einhergehende, fast ausnahmslos zum Tode führende chronische organische Hirnkrankheit.

Die anatomisch-pathologische Grundlage bilden chronische entzündliche Zustände des Gehirns und der Hirnhäute. Je nachdem man die Entzündungsvorgänge mehr in letzteren oder mehr in der Substanz des Gehirns suchte, hat man die Paralyse eine einfache chronische Hirnhautentzündung, oder eine diffuse Rindenentzündung genannt. Oder man hat, da mit den Entzündungsvorgängen stets eine Rindenatrophie verbunden ist, in letzterer das charakteristische, pathologisch-anatomische Merkmal zu erblicken geglaubt. Die dem Gesammtbefunde am meisten gerecht werdende Anschauung ist die, welche die Entzündungsvorgänge in den Hirnhäuten und in der Gehirnsubstanz in gleicher Weise berücksichtigt. Deshalb erscheint die Bezeichnung des Leidens als eine Periencephalitis chronica diffusa am empfehlenswerthesten.

Der krankhafte Vorgang beginnt mit Hyperämie der Gefässe der Pia und der Rindensubstanz, in deren Gefolge, ähnlich wie beim akuten Delirium, Stauungen in den Lymphbahnen mit Austritt von Blutkörperchen auftreten. Die weiteren Folgen bestehen in Verdickungen und Trübungen, gleichfalls zunächst in der Pia und, durch Unwegsamkeit der Lymphbahnen, später auch in der Rinde. Hieraus entwickeln sich wiederum Bindegewebswucherungen, namentlich in der Neuroglia und den Gefässen, welche durch Druck Atrophie der nervösen Elemente bewirken.

Als Nebenbefunde ergeben sich bei der Sektion noch wässerige Ausschwitzungen in den Seitenventrikeln, hämorrhagische Pachymeningitis, Oedeme und Atrophie der grauen Substanz.

Meist findet sich auch das Rückenmark erkrankt. Ausser entzündlichen Erscheinungen in den Hirnhäuten beobachtet man graue Entartung der Hinterstränge und chronische Myelitis der Seitenstränge, welch' letztere sich ebenfalls hauptsächlich als Neuroglia-Wucherung darstellt.

Die Ursachen der Paralyse sind in allen Umständen zu suchen, welche schwächend auf das Gehirn einzuwirken im Stande sind. Es gehören dazu Excesse im Trunk oder im Geschlechtsgenusse, ferner Gemüthsbewegungen, namentlich tiefgehende Kränkungen, am häufigsten aber geistige Ueberanstrengung. Letzterer Umstand erklärt es auch zur Genüge, dass Paralyse ganz vorzugsweise eine Krankheit des männlichen Geschlechts im reiferen Lebensalter und der höheren Stände ist. Beim weiblichen Geschlecht ist Paralyse viel seltener. Das Verhältniss der Paralyse weiblicher Kranker zu den männlichen verhält sich etwa wie 1 : 15. Eine Prädisposition ist oft schon in angeborener Widerstandsschwäche des Gehirns gegeben.

Symptome und Verlauf. Nicht jede mit psychischen und motorischen Störungen einhergehende Gehirnkrankheit ist eine Paralyse. Vielmehr ist diese Bezeichnung einerseits abhängig von der pathologisch-anatomischen Grundlage, andererseits von den auszeichnenden klinischen Symptomen, welche das Leiden vor anderen, wenn auch ähnlichen, genugsam hervorheben.

Allerdings zeigt die Paralyse sehr vielgestaltige Bilder. Es ist die wechselvollste und mannigfaltigste aller Psychosen. Sie kann als maniakalische, als melancholische oder hypochondrische Psychose beginnen, wodurch allein schon das Bild jedesmal ein ganz anderes Gesicht gewinnt, sie kann im weiteren Verlaufe mit tobsüchtiger Aufregung oder Stupidität einhergehen, die motorischen Störungen können der psychischen Erkrankung vorangehen oder ihr folgen, sie können weit im Vordergrund des Leidens stehen, für Jeden ohne Weiteres erkennbar, oder so schwach sich äussern, dass nur genaue Beobachtung zu ihrer Feststellung führt, die nie fehlenden vasomotorischen Störungen können schwache vorübergehende Wallungen oder schwere, das Leben bedrohende Zufälle auslösen, — kurz, der Paralyse sind die allerverschiedensten Formen eigen. In einem Punkte aber laufen die verschiedenen Wege alle wieder zusammen, nämlich in dem Stadium der schliesslichen Verblödung.

Der klassische Urtypus der Paralyse, an dem das Leiden auch zuerst eingehend studirt wurde, ist die maniakalische Form mit Grössenwahnideen. Wir werden sie deshalb der Schilderung zu Grunde legen.

In praktischer Beziehung empfiehlt es sich, drei Stadien zu unterscheiden, nämlich das Vorläufer-, das Höhe- und Endstadium.

1. Das Vorläuferstadium beginnt allmählich mit zeitweisem Kopfweh, namentlich halbseitigem, Flimmern vor den Augen, leichteren und zunächst noch rasch vorübergehenden Bewusstseinsstörungen. Der Kranke wird schwindelig oder kann im Augenblicke ein Wort nicht finden. Ein gewisser Dämmerzustand, in welchem der Kranke das Bewusstsein zwar nicht verloren hat, auch seinen Geschäften nachgeht und sich äusserlich wenig merken lässt, bleibt aber bestehen. Mit der Zeit wird der Nebel immer dichter, Vergesslichkeit und ein Unvermögen, sich in Zeit und Raum zu orientiren, sodass der Kranke mitunter sich nicht nach Hause zu finden weiss oder die Stunde vergisst, treten ein. Das Gedächtniss beginnt Lücken aufzuweisen, die Erinnerungsbilder schwächen sich ab, Verwechslungen zwischen Erlebtem oder Erlerntem und Geträumtem kommen vor, und in Folge alles dessen erscheint endlich auch die Urtheilskraft geschwächt. Da der Intellekt für neue Vorstellungen oder fremde Gründe schwer zugänglich ist, wird der Kranke rechthaberisch, eigensinnig und zänkisch.

Fast mehr noch, wie die Ausfallserscheinungen in der Sphäre der Intelligenz, machen sich die gleichfalls allmählich sich vorbereitenden Charakterveränderungen bemerklich. Der Kranke erscheint allmählich als ein Anderer, weil die ethischen und ästhetischen Vorstellungen schwinden. Der Kranke wird nicht bloss gefühlsstumpf gegen die Familien-, Berufs- und allgemeinen Interessen, denen er sonst vielleicht mit Hingebung gedient hat, sondern er vernachlässigt sich auch in seinem Benehmen, da das Schicklichkeitsgefühl in die Brüche gegangen ist. Die äussere Erscheinung wird vernachlässigt, die Worte werden nicht mehr gewählt, anstössige Handlungen werden begangen, die Selbstbeherrschung geht verloren, das Gebahren gegen die Umgebung wird heftig, brutal und gewaltthätig.

Häufig schon in diesem Stadium treten motorische Störungen auf. Man bemerkt sie zuerst in der Sprache und der Handschrift. Erstere wird anstossend, stolpernd, beschwerlich und bringt gelegentliche Wortverwechselungen, — letztere zeigt schon früh die charakteristischen Merkmale der paralytischen Handschrift, nämlich Ataxie mit Dysgrammatie (s. Kap. 7). Schwäche der Beine, leichtes Zittern der Hände und der Zunge, fibrilläre Zuckungen gesellen sich dazu, Erscheinungen, welche der Kranke, falls er sich ihrer bewusst ist, wohl durch strammes Auftreten zu maskiren sucht.

Wie im ganzen Verlaufe, so ist auch in diesem Stadium das vasomotorische System stark in Mitleidenschaft gezogen. Vermuthlich ist es überhaupt das primär erkrankte System. Die

durch dasselbe gesetzte Gefässlähmung verräth sich zuerst durch monocroten tarden Puls (s. Kap. 5, E.), alsdann durch congestive Zustände, die sich bis zu Ohnmachten steigern können, durch leichtere apoplektische Anfälle und Ungleichheit der Pupillen. Geringe Toleranz gegen Alkohol mit leichter Berauschung, sowie gegen strahlende Wärme, sind gleichfalls als Zeichen der leichteren Erregbarkeit des vasomotorischen Systems anzusehen. Geschlechtstrieb und Potenz sind in diesem Stadium, welches mehrere Jahre unter häufigen Remissionen anhalten kann, noch nicht wesentlich beeinträchtigt.

2. Das Höhestadium kennzeichnet sich psychisch vornehmlich durch maniakalische Verstimmung, Grössenideen und Tobsucht.

Die maniakalische Verstimmung äussert sich auch hier in gehobenem Selbstgefühl. Von der einfachen psychoneurotischen Form aber unterscheidet sie sich durch das Hinzutreten von Zeichen gestörter Intelligenz, in Folge dessen die Beurtheilung der eigenen Persönlichkeit und die damit in Verbindung stehenden Grössenideen eine höchst ausschweifende, über alles Ziel hinausgetriebene Höhe erreichen.

Die Grössenwahnideen der einfachen affektiven Manie erheben sich niemals über die Grenzen des Wahrscheinlichen und der Naturgesetze. Der Grössenwahn des Paralytikers dagegen steigt in's Ungeheuerliche und spottet aller Schranken. Der Paralytiker ist nicht bloss, was auch der einfache Maniakus sein kann, Kaiser, König, vielfacher Millionär u. s. w., sondern er ist Gott und besitzt viele Millionen Tonnen voll Gold und Edelsteinen. Er hat nicht blos, wie der einfache Maniakus auch, grosse Pläne, z. B. ein Stadtviertel, anzukaufen, um dort ein grosses Geschäft zu errichten, sondern er baut eine Eisenbahn nach dem Himmel aus lauter Smaragden und Rubinen. Paralytische Frauen sind nicht blos die schönsten und liebenswürdigsten ihres Geschlechts, sondern auch grenzenlos liebespendend, sie beglücken die gesammte Männerwelt der Erde, sie gebären täglich Kinder über Kinder, viele Tausende sind schon ihrem Schoosse entsprungen.

Zu Handlungen drängt die Grössenwahnidee den Kranken selten oder nie. Er begnügt sich, darin zu schwelgen. Mitunter wird die krankhafte Empfindungsseligkeit so gross, dass der Grössenwahn über alle logische und sprachliche Möglichkeit hinausgeht und der Kranke keine Worte mehr findet. Er ist nicht blos Gott, sondern Obergott, höchster dirigirender oberster Obergott. Sein Reichthum besteht nicht in Milliarden, sondern in Milliarden mal Milliarden mal Milliarden. Auch durch ihre Disparität, d. h. dadurch, dass man den Ursprung und die logische Begründung nicht mehr zu erkennen vermag, zeichen sich die Grössenideen des Paralytikers aus. Ein Kranker will zwei Möpse

aus seinen Augen wachsen lassen, ein Anderer trägt zum Beweise, dass er Gott ist, sieben mal sieben heilige Zinken an seinem Leibe u. s. w.

Die Tobsucht des Paralytikers erwächst aus dem gehobenen Selbstgefühle und dem raschen Ablauf der psychischen Thätigkeiten, ist also eine echt maniakalische, pflegt auch, wie diese, allmählich zu beginnen und sich nach und nach zu voller Höhe zu entwickeln. Wegen der Störung des Selbstbewusstseins, die bis zur Verworrenheit steigt, ist der Paroxysmus meist sehr heftig und entladet sich in sinnlosem Schreien und blinder Zerstörungswuth. Er stellt jedoch meist nur eine Episode dar, ist von kurzer Dauer und hält selten länger, als wenige Tage an. Doch bleibt, nachdem der Affekt schon von seiner Höhe herabgestiegen, oft noch kürzere oder längere Zeit eine Periode dauernder Verworrenheit und Aufregung zurück, in der die Kranken Koth schmieren und ihre Kleider zerreissen.

Die motorischen Störungen nehmen immer deutlicher den Charakter der Ataxie und Incoordination an. — Die Störungen der Sprache sind theils reine Articulationsstörungen, indem durch Muskelparese das Sprechen erschwert wird, theils aber auch aphasischer Natur. Im letzteren Falle sind Lücken in den akustischen Wortbildern, in Folge dessen manche Worte nicht gefunden werden können, — oder in Bewegungserscheinungen, in Folge dessen die Articulation uncoordinirt und Fremdes eingeschoben wird, vorhanden. — Die Stimme erscheint, da die Parese die Bildung reiner Töne erschwert, rauh und dumpf, oder meckernd. — In Erregungszuständen, wo ein stärkerer Antrieb die Parese noch überwindet, pflegen die Sprachstörungen weniger stark hervorzutreten.

Aehnliches gilt von der Schrift, welche immer ataktischer und dysgrammatischer wird.

Lähmungen finden sich ferner in den Augenmuskeln und der Iris, sowie dem Gebiete der Gesichtsnerven. In Folge dessen nimmt der mimische Gesichtsausdruck einen verschwommenen Ausdruck an, die Züge sind verwischt und ausdruckslos. Regelmässig erstreckt sich die Parese auch auf das Gebiet der Zungen-Schlundkopfnerven, wodurch Schluckbeschwerden und Erstickungsgefahr bedingt werden. — Die Lähmung der Extremitäten zeigt sich im Zittern der Hände, noch deutlicher aber am Gange, der ataktisch und unbeholfen wird. Ist das Rückenmark an dem krankhaften Vorgange mitbetheiligt, so gleicht der Gang sehr dem eines an spastischer Spinalparalyse Leidenden. — Die Sehnenreflexe sind meist gesteigert.

Von Sensibilitätsstörungen ist hauptsächlich die Analgesie zu erwähnen. Dieselbe ist praktisch von eben so grosser Wichtigkeit, wie die Glossopharyngeuslähmung, da Verletzungen,

z. B. Brandwunden, bei Kranken, welche keine rechtzeitige Schmerzwarnung erhalten, leicht eine sehr bedeutende, das Leben bedrohende Höhe erreichen können.

Das sensorische Gebiet ist verhältnismässig am wenigsten betheiligt. Wenigstens werden Hallucinationen in der Paralyse nur sehr selten beobachtet. Häufiger kommen Fälle von Neuroretinitis und Anosmie vor.

Das vasomotorische System verräth auch in diesem Stadium seine Betheiligung durch Temperaturschwankungen, umschriebene Gefässlähmungen der Haut, halbseitiges Schwitzen, Ausbruch von Herpes zoster und der Fortdauer apoplektischer Anfälle.

3. Das Endstadium entwickelt sich mit unmerklichem Uebergange aus dem vorigen. Die Lockerung des geistigen Mechanismus nimmt mehr und mehr zu, die Erinnerungsausfälle werden umfangreicher, das Bewusstsein verflüchtigt sich mehr und mehr. Die Sinnesorgane vermitteln wohl noch Wahrnehmungen, aber Seelenblindheit und Seelentaubheit verhindern die Apperception. Schliesslich gehen auch die letzten Reste des früheren Vorstellungslebens verloren und das Seelenleben versinkt in die Nacht apathischen Blödsinns.

Die motorischen Störungen nehmen mehr und mehr überhand, sodass die Kranken ihre Hände und Beine nicht mehr gebrauchen können. Sie können nicht mehr gehen und müssen gefüttert werden. Lähmung der Schliessmuskeln tritt ein, die unreinlich gewordenen Kranken liegen grimassirend und zähneknirschend, durch Contractur der Rumpfmuskeln kugelich zusammengezogen im Bett. Nachdem sich noch trophische Störungen dazugesellt haben, namentlich Schwund des Fettpolsters, Rippenbrüchigkeit und Ohrblutgeschwulst, gehen sie über kurz oder lang an hypostatischer Lungenentzündung oder Blasencatarrhen oder brandigem Aufliegen zu Grunde.

Die Paralyse ist eine fieberlose Krankheit. Doch kommen bei congestiven Zuständen, sowie bei Tobsuchtsanfällen Temperaturen von 40° und darüber vor. Gegen den Schluss des Leidens werden fast regelmässig subnormale Collapstemperaturen lange Zeit hindurch beobachtet.

Abweichungen im Verlaufe.

a) Die hypochondrische Paralyse. Statt der maniakalischen Ueberhebung zeigt sich hypochondrische Verstimmung mit Wahnideen. Auch hier zeigen letztere den durch Schwäche des Intellekts und mangelnde Kritik verschuldeten Charakter der Ungeheuerlichkeit und des blöden Unsinns. Namentlich häufig sind Klagen über das Verschwinden einzelner Glieder. Die Geschlechtstheile sind fort, der Kopf fehlt, die Eingeweide sind zu

Lehm verwandelt. Oder es kommen mikromanische Delirien zum Vorschein, der Kranke ist nur noch einen Zoll hoch, die übrigen Menschen sind auch nicht grösser, der Penis ist ganz klein geworden und eingeschrumpft. Ein besonders heftiger Affekt wird dabei nicht geäussert. Der Kranke ist mehr betroffen, als ängstlich erregt, er sieht Allem, wie einem fremden Schauspiele, mit naivem Erstaunen zu.

Der mikromanische Wahn (nicht zu verwechseln mit dem blos auf den inneren Werth bezüglichen Kleinheitswahn der Melancholiker!) kann mit Megalomanie, in welcher der Kranke sich für sehr gross hält (er ist meilenlang, er reicht vom Himmel bis zur Erde) abwechseln. Ueberhaupt wechselt das hypochondrische Delir nicht selten mit einem maniakalischen ab, mitunter in so regelmässigen Perioden, dass man von einer circulären Form der Paralyse gesprochen hat.

d) Die melancholische Paralyse. Statt der maniakalischen oder hypochondrischen Wahnideen ist hier schmerzliche Verstimmung vorhanden, die sich ihrem Inhalte nach zunächst in Nichts von dem der gewöhnlichen psychoneurotischen Melancholie unterscheidet, ihre Zugehörigkeit zur Paralyse aber durch raschen Verfall in terminalen Blödsinn erweist. Ausserdem aber treten gerade bei dieser Form die motorischen Störungen vorzugsweise früh und stark auf. Ebenfalls pflegt auch hier der Affekt zuweilen mit maniakalischen Grössenideen abzuwechseln.

c) Die Paralyse mit direktem Uebergang in Verblödung. An das Vorläuferstadium schliesst sich sofort das Endstadium der Verblödung an. Grössenideen werden höchstens nur andeutungsweise und sehr vorübergehend geäussert, Tobsuchtsanfälle, die auch bei dieser Form nicht selten vorkommen, sind der Ausdruck direkter Reizung der motorischen Centren, ohne die psychischen Mittelglieder der Vorstellung und des Willens.

Der Ausgang in den Tod ist die Regel. Doch sollen auch einige in Genesung übergegangene Fälle beobachtet worden sein. Man darf sich hierbei von den sehr häufigen Remissionen nicht täuschen lassen. Dieselben sind mitunter so tiefgehend und langdauernd, dass erst das Wiedereinlenken in kranke Bahnen über ihre wahre Natur Aufschluss giebt.

Die Dauer der Krankheit ist sehr verschieden. Doch darf man etwa 3—4 Jahre als mittlere Dauer annehmen. Die Fälle raschen Verlaufes, wo innerhalb etwa eines Jahres sich der ganze Vorgang abspielt, sind entschieden seltener, als die sich in die

Länge ziehenden. Dic hypochondrische und melancholische Form verläuft rascher, als die typisch-maniakalische, wie überhaupt alle Fälle, bei denen schon von Anfang an die motorischen und vasomotorischen Störungen verhältnissmässig stark gegen die psychischen Erscheinungen hervorgetreten sind.

Differentielle Diagnosc. Die Diagnose dcr ausgebildeten klassischen Paralyse ist trotz der viele Analogien bietenden Mannigfaltigkeit der Erscheinungen leicht zu stellen, da die Natur des Grössenwahns, die psychische Schwäche und dic bei näherer Untersuchung stets zu erhebenden motorischen Störungen jeden Irrthum ausschliessen. — Auch die hypochondrische und melancholischc Form unterscheidet sich durch diese Merkmale unschwer von der betreffenden Neurose und Psychoneurose.

Das demente Stadium im Verein mit motorischen Störungen kann mit Alkoholparese verwechselt werdcn. Als Unterscheidungsmerkmale bietet letztere jedoch die Verschiedcnheit der Wahnideen, indem Grössenwahn gar nicht, dagegcn alkoholistischer Eifersuchtswahn geäussert wird, ferner Gesichtshallucinationen, die bei Paralyse zu fehlen pflcgen, und endlich den günstigeren Verlauf.

Die paralytischen Lähmungen endlich sind kcine wirklichen umschriebenen und stationären Ausfallserscheinungen, sondern vielmehr allgemeine und fortschreitende Coordinationsstörungen, wodurch sie von den luetischen und sonstigen Heerderkrankungen des Gehirns unterschieden werden.

Einundzwanzigstes Kapitel.

V. Die organischen Geisteskrankheiten.

(Schluss.)

D. Das luetische Irresein.

Unter luetischem Irresein versteht man ein solches luetisches Gehirnleiden, bei welchem psychische Symptome im Vordergrunde des klinischen Bildes stehen.

Die anatomischen Grundlagen sind die aus der pathologischen Anatomie bekannten syphilitischen Gewebserkrankungen des Gehirns und seiner Umgebungen, — also entweder diffuse encephalitische oder meningitische oder osteale Processe, oder Veränderungen in der Intima der Gefässe, odcr heerdförmige Gummata, Syphilome und dergl. Zu Geisteskrankheit führen alle diese Dinge jedoch erst alsdann, wenn direkt oder indirekt die Rinde mitbetheiligt ist.

Symptome und Verlauf. Meist entwickelt sich das Leiden allmälig unter Vorantritt der körperlichen Sypmtome der Hirnlues. Die Kranken bekommen Kopfweh, Schwindel, apoplektische Anfälle mit Paresen, dic sich jedoch rasch wieder verlieren, oder Monoplegieen. Dazu treten geistige Verstimmung, gemüthliche Reizbarkeit und gewisse psychische Ausfallserscheinungen. Das Gedächtniss leidet, Erinnerungsdefekte machen sich bemerklich, dic Leistungsfähigkeit verringert sich.

Auf dieses Verlaufstadium folgt entweder ein Anfall hallucinatorischer Verworrenheit mit heftigen Angstaffekten und Tobsucht, oder ein schwerer apoplektischer Anfall. Nach beiden Eventualitäten entwickelt sich alsdann der Uebergang in Blödsinn, entweder direkt, oder nach einem längeren Stadium paralytischen Grössenwahnes, mit Intelligenzschwäche und unter wiederholten motorischcn Störungen.

Der Ausgang ist meist in den Tod durch gehäufte apoplektische Anfälle im comatösen Zustande, oder durch fortschreitenden Marasmus. Doch kann auch, wenn das Leiden rechtzeitig einer antisyphilitischen Behandlung unterzogen wird, Genesung oder mindestens Stillstand erzielt werden.

Die Dauer beträgt Monate bis Jahre.

Differcntielle Diagnose. Das luetische Irresein ähnelt in sehr vielen Stücken der Paralyse und ist auch schon aus dem Grunde nicht immer leicht von ihr zu unterscheiden, weil ihm pathognomonische Zeichen abgehen.

Nicht zu unterschätzen ist natürlich die Anamnese. Doch darf man hier nicht in den Irrthum verfallen, einen Paralytiker oder sonstigen Geisteskranken deswegen als an Gehirnlues leidend anzusehen, weil eine früher stattgehabte Infektion nachzuweisen ist.

Als Unterscheidungsmerkmale dürfen gelten:

a) Der rasche Wechsel der Erscheinungen,

b) Das Ueberwiegen von Hirnnervenlähmungen,

c) Die grosse Mannigfaltigkeit der Lähmungen. Dieselben sind theils rasch vorübergehende monoplegische oder länger andauernde und ausgebreitete.

d) Der dem Umfange nach theilweise, virtuell aber gänzliche Ausfall mancher Fertigkeiten, z. B. eine fremde Sprache zu sprechen, Clavier zu spielen.

e) Das gleichzeitige Auftreten von Ausfallserscheinungen in anatomisch getrennten Gebieten, z. B. linksseitige Hemiplegieen mit Aphasie, oder kreuzweise Parese des rechten Schenkels und des linken Armes.

f) Das sehr rasche Schwinden von selbst sehr gefahrdrohenden Symptomen. Schweres Coma wechselt innerhalb einiger Stunden mit verhältnissmässiger Bewusstseinshelle.

g) Der verhältnissmässig rasche Verfall in Blödsinn.

E. Das traumatische Irresein.

Das traumatische Irresein ist ein durch Verletzung des Kopfes, beziehentlich des Gehirns verursachtes Irresein.

Anatomische Grundlagen. Dieselben sind entweder encephalitische Heerderkrankungen, namentlich Abscesse, oder diffuse Hirnhauthyperämien und Entzündungen. Mitunter handelt es sich um anhaltende fluxionäre Wallungen durch Gehirnerschütterung.

Das Bild des traumatischen Irreseins gestaltet sich verschieden, je nachdem die Psychose sofort oder erst längere Zeit nach der Verletzung eintritt, und ferner, je nachdem diffuse oder Heerdsymptome vorherrschen. Danach kann man bezüglich der Entstehung eine akute und eine chronische Form unterscheiden.

1. Das akute traumatische Irresein.

Symptome. Schliesst sich das Irresein sofort an die Verletzung an, so pflegen diffuse Symptome vorzuherrschen und Bewusstseinsstörungen im Vordergrunde zu stehen. Der Verletzte ist schwer benommen, klagt über heftiges Kopfweh, Schwindel und Unfähigkeit, seine Gedanken zu sammeln. Bald treten auch Hallucinationen mit Angstgefühlen auf.

Die körperlichen Begleiterscheinungen bestehen in Verengerung der Pupillen, sowie motorischen und sensiblen Störungen der verschiedensten Art.

Verlauf und Ausgänge. Das Leiden kann mit Genesung enden. Häufiger aber ist der Verfall in unheilbares Siechthum mit vorherrschender geistiger Schwäche, und unter Erscheinungen, die auf chronische Entzündung der Hirnhäute deuten, namentlich Druck- und Reizsymptome.

2. Das chronische traumatische Irresein.

Symptome und Verlauf. Das chronische traumatische Irresein schliesst sich nicht direkt an die Verletzung an, sondern erst nach einem Uebergangsstadium von Gehirnreizung, welches sich durch Kopfcongestionen, erhöhte Reizbarkeit für Sinneseindrücke und leichtere Bewusstseinsstörungen kennzeichnet.

Letztere erstrecken sich mitunter auch zugleich auf das ethische Gebiet. Nicht blos das feinere Gefühl für das Schickliche geht verloren, sondern der Kranke ergeht sich auch in Excessen, zeigt Neigung zur Vagabondage und begeht selbst criminelle Handlungen. Hiermit ist dem Leiden zugleich der

Charakter psychischer Störung aufgedrückt. — Aber auch da, wo solche Vorboten fehlen, oder sich wieder verloren haben, treten oft erst viel später, ein bis zwei Jahre nach der Verletzung, die deutlichen Zeichen einer idiopathischen Gehirnkrankheit auf. Offenbar hängt dies damit zusammen, dass die langsam sich entwickelnden krankhaften Processe, z. B. Abscesse der Marksubstanz, so lange latent bleiben, bis sie die Rinde erreicht haben und diese, sowie die Meningen, in Mitleidenschaft ziehen.

Traumatische Psychosen, deren pathologische anatomische Grundlage sich in dieser Weise langsam vorbereitet und entwickelt hat, können unter den Erscheinungen furibunden Deliriums akut verlaufen. Häufiger aber ist der Verlauf chronisch. Es pflegen alsdann zu den charakteristischen Bewusstseinsstörungen noch periodische Hallucinationen mit Tobsucht hinzu zu treten. Oder die allen idiopathischen Gehirnkrankheiten eigene Neigung zu rascher Verblödung macht sich direkt ohne solche Zwischenglieder geltend. Oder endlich es bildet sich wirkliches epileptisches Irresein mit allen Attributen desselben, klassischen Anfällen, prä- oder postepileptischem Stupor oder Verworrenheit, sinnloser Wuth u. dergl. aus.

Differentielle Diagnose. Die Anamnese wird in den meisten Fällen den richtigen Weg führen. Nur darf man auch hier die Thatsache einer wirklich vor kurz oder lang stattgehabten Verletzung nicht als genügendes diagnostisches Merkmal ansehen, sondern muss nach den klinischen Zeichen suchen.

Als solche gelten im Allgemeinen die geschilderten Symptome einer schweren idiopathischen Psychose, unter denen die Congestionserscheinungen und Bewusstseinsstörungen sammt der Neigung zu rascher Verblödung den ersten Platz einnehmen,

Das traumatische Irresein hat manche Aehnlichkeit mit der Paralyse aufzuweisen, und zwar mit der reinen dementen Form derselben. Ein Unterscheidungszeichen kann man mitunter in Zuckungen der Gesichtsmuskeln finden, die viel häufiger bei dem traumatischen idiopathischen Gehirnleiden, als in der Paralyse sich finden.

Anhang.

Die Railway-spine. Unter Railway-spine versteht man ein unter psychischen, sensiblen und motorischen Störungen verlaufendes Leiden, welches durch mechanische Erschütterung des Centralnervensystems und psychischen Shock, jedoch ohne bemerkbare äussere Verletzung des Schädels, verursacht worden ist.

Entstehungsgeschichte, Symptome und Verlauf. Es handelt sich jedesmal um eine mechanische Erschütterung, die in Entgleisung oder Zusammenstoss von Eisenbahnzügen oder einem Sturz auf den Kopf oder einem Stoss an denselben u. s. w.

begründet ist. Von dieser Begriffsbestimmung sind jedoch diejenigen schweren Fälle, die man klinisch mit dem Namen der akuten Gehirnerschütterung (commotio cerebri) bezeichnet, ausgeschlossen. Vielmehr handelt es sich um anfänglich scheinbar leichte Fälle. Der Verletzte hat den Unfall, weil er ihm unbedeutend schien, gar nicht beachtet. Oder es ist nur eine leichte Bewusstseinsstörung eingetreten, welche nur kurze Zeit dauerte und von scheinbarem Wohlbefinden gefolgt war. Wenigstens empfindet der Verletzte nirgends einen Schmerz und geht seinen Berufsgeschäften nach. Eine grosse Schwäche und Empfindlichkeit ist aber doch zurückgeblieben, der Verletzte denkt anfänglich nur mit Missbehagen, später aber mit Grauen und Entsetzen an den vermeintlich so leichten Unfall zurück. Hiermit sind die Symptome des psychischen Shocks gegeben, und zu ihnen gesellen sich nun noch die sonstigen Erscheinungen eines traumatischen Gehirnleidens, mit denen die einer Rückenmarkerschütterung einhergehen, hinzu. — Letztere Symptome haben die Aufmerksamkeit der Forscher zuerst auf sich gezogen, was in Verbindung mit dem Umstande, dass die häufigsten Ursachen in Eisenbahnunfällen zu suchen sind, dem von englischen Aerzten zuerst studirten Leiden seinen Namen gegeben hat.

Die Railway-spine-Psychose ist hauptsächlich durch zwei Merkmale charakterisirt, nämlich durch Angstaffekte und melancholisch-hypochondrische Verstimmung.

Die Angstaffekte hängen nicht unmittelbar mit der hypochondrisch-melancholischen Vorstellung zusammen, sondern treten unabhängig davon als selbstständige nervöse Symptome auf. Der Kranke unterliegt plötzlichen Anfällen von Präkordialangst, wobei er Zeichen von Kopfcongestionen aufweist und eine ängstliche verworrene Miene zeigt. Die Pupillen sind erweitert und die Pulsfrequenz ist gestiegen. Mitunter stellen die Angstanfälle nur Steigerungen von Erwartungsaffekten vor, die sich besonders dann einstellen, wenn der Kranke selbst irgend eine Handlung vornehmen soll.

Die hypochondrisch-melancholische Verstimmung findet ihren Ausdruck in allgemeiner Muth- und Rathlosigkeit. Der Kranke ist überzeugt davon, dass er unheilbaren Schaden davongetragen, dass er nicht mehr genesen kann und ein verlorener Mann sei. Mit ängstlicher Beflissenheit beobachtet er sein Befinden und spürt jeder ungewohnten Empfindung nach.

Die Intelligenz pflegt in ihrem Bestande nicht gerade beeinträchtigt zu sein. Doch befindet sie sich in einem Zustande der Gebundenheit. Der Kranke ist zerstreut, in Folge dessen vergesslich und nicht im Stande, über seine Verstandskräfte frei zu verfügen.

Die körperlichen Begleiterscheinungen sind theils vom Gehirn, theils vom Rückenmark ausgehende, theils vasomotorischer Natur. Es sind zu nennen:

a) Allgemeine nervöse Symptome. Ohnmachtsvorfälle, Schwindel, Kopfschmerz, Zittern, Schlaflosigkeit oder gestörter Schlaf mit wüsten Träumen.

b) Sensible Störungen. Schmerzen, besonders im Rückgrat, die durch Berührungen und Bewegung gesteigert werden, ferner Parästhesieen, Anästhesieen und Analgesieen, Verlangsamung der sensiblen Leitung, Verminderung der Hautreflexe bei erhöhten Sehnenreflexen.

c) Motorische Störungen. Schwächung der motorischen Kraft, Verringerung der Bewegungsenergie, schwankender Gang, Lähmungen entweder in der Form der Paralysis agitans oder als halbseitige Parese oder als Lähmungen einzelner Hirnnerven auftretend. Die Sprache ist schleppend und leise geworden.

d) Sensorische Störungen. Taubheit, Anosmie, Beschränkung des excentrischen Sehens kommen vor.

e) Vasomotorische Störungen. Herzschwäche, schwacher beschleunigter Puls, rascher Farbenwechsel und pathologisches Erröthen, mitunter perfuse Schweisse. Der Geschlechtstrieb ist verringert. Die Ernährung erscheint nicht gestört.

Differentielle Diagnose. Es kann nur Simulation in Frage kommen. Man suche deshalb nach Zeichen, die nicht simulirt werden können. Solche sind die verminderten Hautreflexe, namentlich der Cremasterenreflex, ferner die Analgesie, die vasomotorischen Störungen und die Sehbeschränkung, welche leicht durch genaue perimetrische Untersuchung festzustellen ist.

Das mit Railway-spine verbundene Irresein ist im Grunde nichts Anderes, als eine andere Form des traumatischen Irreseins, mit dem gemeinsam es auch mit dem Namen „Unfallsirresein“ belegt werden kann.

F. Das Irresein bei der multiplen Sklerose.

Die pathologisch-anatomische Grundlage ist die der multiplen Sklerose überhanpt, nämlich grössere oder kleinere, abgegrenzte graue oder graurothe Heerde, die in der grauen und weissen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks mehr oder minder zahlreich zerstreut liegen.

Zum Irresein führen sie nur, wenn die Rinde direkt oder durch diffuse Entzündungsprozesse indirekt betheiligt ist.

Symptome und Verlauf. Wie alle idiopathische Gehirnleiden zeigt auch die multiple Sklerose Neigung zu rascher Ver-

blödung. Kopfweh, Schwindel, zeitweises Schwinden des Bewusstseins geht auch hier der eigentlichen Psychose voraus. Die Kranken werden immer schlaffer, theilnahmloser und blöder in ihrem Verhalten. Letzterem entspricht der Ausdruck der Gesichtszüge, welche unklar, verschwommen und nichtssagend werden. Der Blick ist trübe und gedrückt, die Sprache langsam und schleppend. Nicht selten tritt als Ausdruck direkter Facialis-Trigeminusreizung Grimassiren ein. Die Kranken verziehen ohne psychische Nöthigung ihr Gesicht zum Lachen oder Weinen, sind sich dessen wohl bewusst, können aber dem psychischen Zwange nicht widerstehen.

Wenn auch meist, so doch nicht immer, schliesst sich an die Vorboten sofort die Verblödung an. Mitunter geht aber noch eine Periode maniakalischen oder melancholischen Affektes mit verworrenen Tobsuchtszuständen vorher. Ein nie fehlendes Symptom in dem ferneren Verlaufe sind schon frühzeitig auftretende apoplectiforme Anfälle. Der Kranke erleidet eine halbseitige Lähmung mit tiefem Coma, wobei die Temperatur rasch bis auf $39^0 — 40^0$ ansteigt. Eben so rasch verlieren sich die Symptome nach einigen Tagen wieder. Jedoch ist eine grössere motorische und psychische Schwäche, als sie vorher bestanden, zurückgeblieben. Ist der Anfall heftig, so kann der Kranke demselben unterliegen. Sonst pflegen sie sich mehrmals zu wiederholen und den Kranken immer schwächer zurück zu lassen, bis er schliesslich marastisch zu Grunde geht.

Die körperlichen Begleiterscheinungen sind die bekannten der multiplen Sklerose. Es gehören dazu neben paretischer Schlaffheit, abnorme Starrheit und Steifigkeit der Glieder, gesteigerte Sehnenreflexe, Sensibilitätsstörungen, verschiedene Störungen des Gesichtssinnes, namentlich Doppeltsehen und Nystagmus, Amblyopie und Sehnervenentzündungen, vor Allem aber das charakteristische pathognomonische Zittern der Glieder, welches bei Ausführung gewollter Bewegung eintritt. (Intentionszittern).

Aehnlich wie bei multipler Sklerose verhält sich das Irresein bei Cysticerken und Echinokokken des Gehirns, immer jedoch unter der Voraussetzung, dass die Rinde in Mitleidenschaft gezogen ist.

Das Gleiche ist der Fall bei der Form der Verblödung, welche nach wiederholten Apoplexien in Folge von Gefässatherose beobachtet wird.

Die Dauer des Leidens kann viele Jahre betragen.

Der Ausgang ist stets in den Tod.

Differentielle Diagnose. Die Diagnose ist hauptsächlich aus den körperlichen Erscheinungen zu stellen und jedesmal leicht, sobald neben den Gehirnsymptomen auch die vom Rücken-

mark ausgehenden gut vertreten sind, namentlich aber, wenn, wie dies fast stets der Fall ist, das charakteristische Intentionszittern vorhanden ist. Ist dies nicht der Fall, so kann man über die pathologisch-anatomische Grundlage des Leidens, welches seinerseits sich stets als ein schweres idiopathisches Gehirnleiden darstellt, im Unklaren bleiben. Namentlich kann es mit gewöhnlichen Heerderkrankungen, mit Bulbärparalyse, mit Paralysis agitans u. s. w. verwechselt werden, worüber die betreffenden Lehrbücher nähere Auskunft geben. — Die apoplektiformen Anfälle sind von wirklichen Apoplexien mit Blutaustritt dadurch unterschieden, dass sie stets mit, letztere aber ohne Temperaturerhöhung verlaufen.

G. Das Irresein bei Neubildungen im Gehirn.

Neubildungen (Tumoren) verlaufen ebenso wie encephalitische Heerde, meist ohne wesentliche Betheiligung der Psyche. Solche tritt vielmehr erst ein, sobald die Rinde, beziehungsweise des Vorderhirns, entweder direkt oder durch Vermittelung der Hirnhäute, oder auch der Stabkranzleitung indirekt mitergriffen wird.

Symptome und Verlauf. Auch hier trägt das Irresein das gemeinsame Merkmal einer schweren idiopathischen Gehirnerkrankung. Benommenheit, Verkennung der Lage, Theilnahmlosigkeit beherrschen die Lage. Liegt gleichzeitig Druckamaurose vor, so erfahren diese Zustände noch eine beträchtliche Steigerung. Bei direkter Reizung der Sinnescentren treten Hallucinationen, besonders häufig solche des Gesichts, hinzu und die Folge ist alsdann zeitweise verworrene Aufregung. Bemerkenswerth ist die Verschiedenheit der Stimmung bei Kranken mit Hirntumoren. Manche Kranke sind finsteren Gemüths, leicht gereizt, zornig aufgeregt, Andere dagegen in sorgloser Euphorie befangen, heiter und leicht maniakalisch angeregt. Die tiefe Verkennung der Lage jedoch ist Beiden gemein.

Fünfter Abschnitt.

Allgemeine Diagnostik und Therapie.

Zweiundzwanzigstes Kapitel.

Allgemeine Bemerkungen zur Diagnostik.

Auch das Bild des Irreseins setzt sich, wie das jeder körperlichen Krankheit, aus einzelnen Symptomen zusammen. Aber wir haben es hier nicht, wie dort, allein mit einfachen Symptomen, sondern vielmehr mit Symptomen-Gruppen zu thun. Nehmen wir an, ein Geisteskranker biete als charakteristische Zeichen seines Leidens Manie, Wahnideen und Schwachsinn dar, so sind diese doch nicht als einfache Symptome zu betrachten, sondern vielmehr als Gruppen von Symptomen, oder, noch deutlicher gesagt, als Zustände, die selbst erst wieder aus einzelnen Symptomen erkannt werden. So würde hier der maniakalische Zustand aus dem Symptom des raschen Wechsels und der Zusammenhangslosigkeit der Ideen, der heiteren Ueberhebung und des motorischen Thatendranges, — die Wahnideen aus dem Vorhandensein von Sinnestäuschungen, in Verbindung mit falschen Urtheilen, — und der Schwachsinn aus den Zeichen der Gedächtnisschwäche, der mangelhaften Beurtheilung der Lage u. s. w. diagnosticirt werden. Aus diesen Elementen — Manie, Wahnideen, Schwachsinn — setzt sich alsdann erst, und zwar in Verbindung mit den körperlichen Symptomen, u. a. Lähmungen, — und unter Berücksichtigung der besonderen Natur der Wahnideen, nämlich Grössenideen, — die Hauptdiagnose, nämlich der Paralyse, zusammen.

Bei körperlichen Krankheiten liegt die Schwierigkeit der Diagnose nicht sowohl in der Deutung der Thatsachen und dem logischen Schlusse, als vielmehr in der Kunst der sachverständigen Erhebung der Thatsachen selbst. Bei Geisteskrankheiten dagegen, wenigstens bei denen, wo es sich nicht gerade um feinere Nervendiagnosen handelt, ist das Verhältniss oft umgekehrt. Allerdings sind hier zunächst die Fälle auszuscheiden, wo der Kranke selbst die in seinem Seelenleben sich abspielenden Vorgänge, z. B. Sinnestäuschungen, Angst, Wahnideen, hinter einer Maske verbirgt und verheimlicht, sodass es ausser der Erkenntniss dieser

Thatsache zunächst noch eines geschickten Verfahrens bedarf, um die verborgenen Symptome an die Oberfläche zu locken. Im Allgemeinen jedoch darf man sagen, die Symptome liegen freier zu Tage, dagegen macht die Deutung oft Schwierigkeiten.

Schon die Frage, ob überhaupt Geisteskrankheit vorliege oder nicht, ist oft sehr schwer zu beantworten. Die in der Einleitung schon hervorgehobene Aehnlichkeit der Erscheinungen des kranken Seelenlebens mit denen des gesunden, die Abgeschliffenheit der Uebergänge zwischen beiden, die scheinbar gesunden und plausiblen Motive für doch im Grunde verkehrtes Handeln, dazu das Fehlen wirklich typischer Krankheitsbilder — das Alles kann die Diagnose sehr erschweren. Vor Allem gehören hierher die Fälle, welche sich überhaupt nicht unter die Rubrik bekannter und feststehender, klinischer Formen bringen lassen, sondern atypisch aussehen und verlaufen. In solchen Fällen *zweifelhafter Geistesstörung* lautet die Frage auch deshalb nicht jedesmal: An welcher typischen Form von Geisteskrankheit leidet der zu Untersuchende? Sondern sie heisst oft: Ist überhaupt das Seelenleben hier so beschaffen, dass man seine Aeusserungen noch als unter der Breite der Gesundheit liegend ansehen darf, oder sind Abweichungen davon vorhanden, welche, und in welchem Grade?

Auch in ihrem *Beginne* endlich, sind Geisteskrankheiten nicht immer leicht zu erkennen.

Die psychiatrische Diagnose ist zunächst immer eine psychologische. Wir sprechen von Manie oder Melancholie, von Wahnsinn oder Blödsinn, von Tobsucht u. dergl. und bezeichnen damit Störungen der psychologischen Grundelemente des menschlichen Geistes, nämlich des Fühlens und Empfindens, des Vorstellens und Urteilens und des Strebens und Handelns. Da es sich hier um solche Gehirnkrankheiten handelt, die vorzugsweise auf psychischem Gebiete sich abspielen und auf diesem Standpunkte hauptsächlich ihre Würdigung erfahren, so lässt sich gegen die Berechtigung obiger Bezeichnungen auch nichts einwenden. Aber stets müssen wir uns dabei vergegenwärtigen, dass Diagnosen, die allein die psychologischen Abweichungen in Betracht zögen, mindestens nicht erschöpfend sein würden. Deshalb dürfen unter keinen Umständen die körperlichen Begleiterscheinungen vernachlässigt werden. Namentlich gilt dies von den Nervensymptomen, ohne deren genaue Erhebung jede psychiatrische Diagnose unvollkommen bleibt. Ja, in zweifelhaften Fällen thut man sogar oft recht gut daran, ganz und gar von der üblichen psychologischen Begriffsbestimmung abzusehen und sich lediglich der Führung der körperlichen Symptome anzuvertrauen. Denn erst, wenn der Pfad durch den Nachweis körperlicher Abnormitäten, z. B. auf motorischem, sensiblem oder vasomotorischem Gebiete

genügend erhellt ist, fällt auch auf zweifelhafte psychische Symptome das erforderliche Licht. Die Diagnose muss also eine psychisch - somatische sein.

Um aber zu einer vollständigen und erschöpfenden psychiatrischen Diagnose zu gelangen, genügt es noch nicht, einfach aus den Symptomen seine Schlüsse zu ziehen. Sondern auch die Ursachen müssen ergründet werden. Denn wie schon in der Einleitung gesagt wurde, gestalten sich Form und Verlauf einer Krankheit wesentlich verschieden, je nachdem diese oder jene Ursache sie verschuldet hat. Das alkoholistische Delirium z. B. ist ein ganz anderes, als das epileptische, der luetische Grössenwahn nimmt eine andere Färbung an, als der klassische maniakalisch-paralytische. Schon aus diesem Grunde ist die Kenntniss der Anamnese von grösster Wichtigkeit. Denn wenn wir auch aus den Symptomen häufig schon auf die Ursache zurück schliessen können, sodass wir z. B. auf den ersten Blick ein alkoholitisches Delirium von einem nicht alkoholistischen zu unterscheiden im Stande sind, so hilft doch erst die genaue Kenntniss des Vorlebens die wahre Ursache aufdecken. Von welcher grossen, praktischen Wichtigkeit hinsichtlich der Therapie dies ist, liegt auf der Hand. Die psychisch-somatische Diagnose muss also zugleich auch eine ätiologische werden.

Endlich aber muss auch die gesammte Persönlichkeit mit Bezug auf Vorleben, Erziehung, sociale Stellung, Neigung und Gewohnheiten, ganz besonders aber auf seine Abstammung und erblichen Verhältnisse einer genauen, anamnestischen Durchforschung unterzogen werden. Erst, wenn alle diese Bedingungen erfüllt sind, gelangt man zu einem lückenlosem, einen wahren Einblick auch in die so wichtigen genetischen Verhältnisse gewährendem Bilde. Die vollkommene psychiatrische Diagnose muss also den ganzen Menschen umfassen. Sie darf keine einseitig semiotische und ätiologische bleiben, sondern muss sich zur anthropologischen Diagnose erheben.

Zu allen diesen Bedingungen tritt schliesslich noch eine letzte. Man muss auch den Verlauf der Krankheit in Betracht ziehen. Streng genommen können wir überhaupt erst, wenn die einzelnen Phasen einer Krankheit wie die Blätter eines Reisetagebuches vollständig vor uns aufgeschlagen liegen, von einer erkenntniss - theoretischen Durchdringung des Gesammtbildes sprechen. So wird man periodisches oder circuläres Irresein mit Sicherheit immer erst nach Ablauf einer oder mehrerer cyklischer Zeiten diagnosticiren können. Aber eine so ideale Forderung entspricht nicht immer dem praktischen Bedürfniss, und eine nachträgliche Diagnose kann da, wo die Aufforderung zum unmittelbaren Handeln vorgelegen, nichts mehr nutzen. Es wird deshalb genügen, wenn man sich vergegenwärtigt, dass auch der Verlauf

des Irreseins vielfach an typische Formen gebunden ist, und dass demnach ein Fall, der sich seit seinem Bestehen in einer dieser Formen bewegt hat, damit unzweifelhaft einen Beweis seiner pathologischen Zugehörigkeit geliefert hat.

Vor folgenden zwei Fehlern muss sich der Arzt unter allen Umständen hüten: Erstlich, dass er nicht ein einzelnes Symptom herausgreift, um die Diagnose zu suchen. Psychologische Symptome, welche pathognomonische Bedeutung beanspruchen dürften, giebt es überhaupt nicht. Allerdings giebt es deren, welche die Allgemeindiagnose des Vorhandenseins einer Geisteskrankheit erlauben, vorausgesetzt immer, dass sie auch wirklioh zweifellos festgestellt und nicht simulirt sind, z. B. Grössenwahnideen. Aber auch sie lassen eine verschiedene Deutung zu. Grössenwahnideen kommen der klassischen Paralyse wie dem luetischen Irresein zu. Ja, um sie z. B. als luetische anzusprechen, würde auch nicht einmal das scheinbar so beweisende ätiologische Moment, dass wirklich Lues vorausgegangen, genügen. Zu einer sichern Diagnose gelangt man vielmehr auch in diesem Falle erst dann, wenn alle diagnostischen Hülfsmittel erschöpft sind. Man beruhige sich also bei scheinbar einfachen Fällen nicht mit einer oberflächlichen Diagnose, welche richtig, aber auch falsch sein kann, sondern verabsäume nicht die Erhebung aller zugänglichen Thatsachen.

Zweitens: Man hüte sich vor leeren, theoretischen Spekulationen, zu denen das dunkle Gebiet der Seelenstörungen so leicht verführt, sondern lasse nur die Thatsachen sprechen. Nur zu häufig allerdings bleiben wir in vielen Punkten auf Vermuthungen angewiesen, denn die Erfüllung der grundlegenden Forderung einer genauen Anamnese ist leider nicht immer von unserm Eifer und unserer Einsicht, sondern noch häufiger von den Umständen und dem guten Willen derer, die Auskunft geben können, abhängig. Oft müssen wir uns mit einem sehr lückenhaften Bilde behelfen, das sich aus den vorhandenen Resten leider nicht so vollständig wieder herstellen lässt, wie etwa das vorsündfluthliche Fossil aus dem vorhandenen Kiefer. Man bleibe sich dabei nur jedesmal der lückenhaften Beweisführung bewusst. Man beurtheile den Fall, so gut es geht, trotz der Lücken und hüte sich, den Vermuthungen, die unwillkürlich an deren Stelle gesetzt werden, den Wert positiver Thatsachen zu verleihen. Endlich beherzige man, dass, um solche Lücken möglichst unschädlich zu machen, das wirksamste Mittel in genauer psychologischer und körperlicher Untersuchung des Kranken und in gewissenhafter Beobachtung des Krankheitsverlaufes besteht.

Dreiundzwanzigstes Kapitel.

Die psychiatrische Untersuchung.

Eine sachgemässe psychiatrische Untersuchung bietet viel mehr Schwierigkeiten, als die eines nur körperlich Kranken. Denn zu der Aufgabe der körperlichen Untersuchung und der Erhebung der Anamnese, die überdies hier bei Weitem umfänglicher ist, tritt noch die psychologische Untersuchung. Gerade letztere aber wird überdies häufig noch durch Widerstand, Apathie und Dissimulation des Kranken erschwert.

Um auf die rascheste, sicherste und angenehmste Weise zum Ziel zu gelangen, dafür giebt es keine allgemeingültigen Regeln, da sehr viel von den näheren Umständen abhängt. Das eine Mal wird es gut sein, vorher die ganze Anamnese aufzunehmen, z. B. in gerichtsärztlichen Fällen, ein anderesmal ist es vielleicht zweckmässiger, damit zu warten, bis man über den psychologischen Zustand ein vorläufiges Urtheil gewonnen hat. Ein drittes Mal wird es sich, wenn man Zeit hat und der Kranke ruhig ist, vielleicht empfehlen, die körperliche Untersuchung der psychischen vorangehen zu lassen.

Sehr oft wird sich folgender Gang der Untersuchung zweckmässig erweisen, wenn er natürlich auch keineswegs als allgemein giltige Regel aufzustellen ist. Nehmen wir an, der Arzt sähe zum erstenmale einen bisher unbekannten Kranken.

1. Man stelle zuerst die allgemeinen orientirenden Fragen nach Namen, Alter, Beruf und Civilstand. Letzteren bald zu erfahren, ist wenigstens bei weiblichen Kranken von Wichtigkeit. Ferner frage man nach der bisherigen Dauer der Krankheit, wie sie begonnen habe und bisher verlaufen sei, was die muthmassliche Ursache und ob früher schon einmal Geisteskrankheit vorhanden gewesen sei.

2. Darauf lasse man die psychologische Untersuchung folgen. Man überzeuge sich zunächst

a) von dem Stande des Bewusstseins, ob dasselbe überhaupt vorhanden, ob es getrübt ist, oder nicht. Irrereden bedeutet natürlich an sich noch kein getrübtes Bewusstsein. Von einem solchen darf man vielmehr erst sprechen, wenn erschwerte Sinneswahrnehmung und Verkennung von Zeit und Umgebung vorliegen. Getrübtes Bewusstsein spricht für idiopathisches Irresein, Gehirnneurose, z. B. Epilepsie, einfachen Stupor oder terminalen Blödsinn.

b) Man stelle fest, ob krankhafte Affekte, nämlich Melancholie oder Manie, vorhanden sind, oder nicht. Beide geben sich wenigstens in frischen Fällen sehr offen und sind unschwer zu erkennen. Doch hüte man sich vor

Verwechslungen. Ein mit maniakalischer Selbstüberhebung behafteter Kranker, z. B. ein Paranoiker, kann einen seiner Natur, d. h. seiner Krankheit nicht entsprechenden zornigen Affekt zeigen und sich in heftiger Weise über Beeinträchtigung beklagen, weil er seiner Meinung nach ungerechter Weise der Freiheit beraubt, oder ihm die aufgedrungene Untersuchung lästig ist. — Man suche ferner festzustellen, ob die den genannten beiden Affekten eigenthümliche Hemmung, beziehungsweise Beschleunigung der geistigen Thätigkeit vorhanden ist, oder nicht. Auch diese Zustände geben sich zumeist deutlich in dem äusseren Verhalten der Kranken kund.

c) Man forsche nach den Störungen im Vorstellungsleben. Sind Sinnentäuschungen vorhanden, welchen Sinnes und welcher Art? Drängen sich Zwangsvorstellungen auf, und welche? Werden Wahnideen geäussert, und welchen Inhalts sind dieselben? Sind es affektive Wahnideen, die sich als Erklärungsversuche geben, oder hallucinatorische oder rein primäre oder allegorisirende Wahnideen? Werden die Vorstellungen klar und logisch vorgetragen, oder liegt Verworrenheit vor? Wie ist Gedächtniss und Erinnerungsvermögen? — Häufig macht der Kranke aus seinen Hallucinationen und Wahnideen gar kein Hehl, sodass es nicht schwer ist, ihr Vorhandensein festzustellen, oder er lässt wenigstens durch bezeichnende Handlungen darauf schliessen. Häufig aber verheimlicht er sie auch, und es gehören dann geschickte Fragen dazu, sie an die Oberfläche zu locken. Meist wird der Kranke dadurch in einen leichten Affekt versetzt, der ihm das Wort auf die Zunge treibt. Manche Wahnideen sind so ungeheuerlich oder wenigstens in so hohem Grade unwahrscheinlich, dass sie sich schon durch ihren Inhalt als solche kennzeichnen. Manche aber, z. B. der Eifersuchtswahn der Alkoholiker, unterscheiden sich inhaltlich durch Nichts von einem möglichen Irrthum, ja es braucht nicht einmal ein Irrthum zu sein, sondern die geäusserte Idee kann thatsächlich wahr sein. Hier helfen natürlich die übrigen Ergebnisse der Untersuchung die Diagnose sichern.

d) Man ziehe endlich auch die Handlungen des Kranken in Betracht. Benimmt er sich ruhig, oder ist tobsüchtige Erregung vorhanden? Trägt die Tobsucht einen melancholischen, maniakalischen oder einfach zornigen Charakter? Ist das Bewusstsein dabei getrübt und in welchem Grade? Ist sie mit hallucinatorischer

Verworrenheit oder mit gänzlicher Bewusstlosigkeit verbunden? Aeussert sie sich in milden Formen, als Singen, Tanzen, Schwatzen, oder in sinnloser Wuth gegen die Umgebung? Die schweren Formen deuten immer auf ein idiopathisches Gehirnleiden oder eine Gehirnneurose, während die verhältnissmässig leichteren Formen den Psychoneurosen zukommen.

Ist man auf diese Weise zu einer vorläufigen psychologischen Diagnose gekommen, was meist nicht schwer hält, so

3. vervollständigt man die Anamnese. Zunächst sind

a) die erblichen Verhältnisse festzustellen. Man erforsche, ob in der direkten Ascendenz oder bei Geschwistern Geisteskrankheit vorgekommen ist. Im Bejahungsfalle ergründe man die näheren Umstände, — welcher Form das Leiden gewesen, ob es mit Genesung oder wie sonst geendet und wie lang seine Dauer gewesen. Im Verneinungsfalle frage man nach Gehirnneurosen, Hysterie, Hypochondrie, Epilepsie, Chorea, überhaupt nach Nervenkrankheiten, vor Allem Apoplexieen, Rückenmarksleiden, Neuralgieen, Hemicranie, endlich nach vorgekommenen Krankheiten überhaupt. (Zuckerruhr und Tuberculose!) Nicht minder wichtig ist es, auch den ethischen Werth des Stammbaumes zu erforschen. Hat man es mit einer leidenschaftlichen Familie zu thun, hat sie Trinker, Wüstlinge oder Geizige in ihrer Mitte gehabt, ist Neigung zu Selbstmord beobachtet worden?

Speziell die Eltern betreffende Fragen sind noch die nach Blutsverwandtschaft derselben, ob sie an Syphilis gelitten und Quecksilberkuren durchgemacht, warum und wie lange, ob die Zeugung im Rausche erfolgt sei u. s. w.

Man hüte sich jedoch auch hier vor voreiligen Schlüssen. Eine Geisteskrankheit braucht deshalb noch nicht erblich zu sein, wenn auch eines der Eltern thatsächlich an Geisteskrankheit gelitten hat. Eiuen Anhaltspunkt giebt die Gleichartigkeit beider Erkrankungen bei Ascendent und Descendent. Auch ist es nicht unwichtig zu wissen, wem von beiden Eltern der Erkrankte am meisten ähnelt. Nach der Aufstellung von Richarz nämlich läuft am Meisten Gefahr, erblich zu erkranken, der Sohn, welcher dem Vater, und die Tochter, welche der Mutter ähnelt, vorausgesetzt, dass auch die betreffenden Eltern krank waren, — während der Sohn, welcher der Mutter, und die Tochter, welche dem Vater ähnelt, die kräftigere Descendenz bedeutet.

b) Die Entwickelungs- und Wachsthumsgeschichte ist möglichst genau festzustellen, namentlich, ob schädliche Einflüsse während der Schwangerschaft auf den Fötus eingewirkt und ob in der ersten Kindheit schon

das Gehirnleben beeinträchtigende Krankheiten stattgehabt, ob ferner bis zur Zeit des vollendeten Wachsthums überhaupt Krankheiten vorgekommen, und welche. Sind namentlich jemals Krämpfe aufgetreten?

Damit zusammenhängend erhebt sich die Frage nach der körperlichen und geistigen Entwickelung. Wann hat das Kind gehen und sprechen gelernt? Wann fand der Eintritt in die Pubertät statt, sehr früh oder sehr spät? Ist die Menstruation seitdem stets regelmässig verlaufen? — Wie war ferner die intellektuelle Entwickelung? Ist das Kind in der Schule gut mit fortgekommen oder hat es sich durch besondere Anlagen ausgezeichnet? Waren dieselben allseitig und harmonisch oder einseitig ausgebildet? Ist es überangestrengt worden? Hat die Leistungsfähigkeit die Pubertätszeit überdauert?

Endlich ist noch die Frage nach der Charakterentwickelung zu erledigen. Erzog sich das Kind leicht oder zeigte es starken Eigensinn? Zeigte es schlechte Neigungen, zu Onanie oder Thierquälerei? Wie war in der Pubertätszeit und später das Vorstellungsleben beschaffen? War eine nüchterne Lebensauffassung vorherrschend oder Neigung zu Schwärmerei? Bezüglich der Stimmung, — war sie leicht gereizt, scheu und zu Einsamkeit geneigt, oder heiter und gesellig? Wie war das Verhältniss von Vorstellung zu Handlung? War rascher Pläneweehsel oder Ausdauer in der Ausführung die Regel?

c) Die Erörterung der *persönlichen Verhältnisse im späteren Lebensalter* schliesst sich hieran an; zunächst wiederum die Frage nach stattgehabten Krankheiten und Krankheitsanlagen.

Was insbesondere die Krankheiten anbetrifft, so sind alle, welche bleibende Schwächezustände zurückzulassen pflegen und solche, welche, wie die Infektionskrankheiten, das Gehirn stark in Mitleidenschaft ziehen, wichtig, vor Allem aber die Syphilis. Bei Frauen frage man nach den vorangegangenen Schwangerschaften und Kindbetten, wie viele und in welchem Zwischenraume überstanden wurden, ob die Frauen mit oder ohne Kunsthilfe geboren, ob und wie lange sie gestillt, ob sie Wochenbettkrankheiten durchgemacht. — In Bezug auf Krankheitsanlagen sind namentlich die Zeichen, welche auf eine leichte Inanspruchnahme des Nervensystems, vor Allem des vasomotorischen Systems, schliessen lassen, von Wichtigkeit. Man forsche darnach, ob die betreffende Person überhaupt leicht anfällig sei, ob sie in fieberhaften Krankheiten leicht in Delirien verfalle, ob sie für Gemüthsbewegungen leicht zugänglich und zu Rührungen geneigt sei, ob sie leicht erschrecke, leicht ängstlich werde.

Danach folgt die Frage nach dem *Beruf*. Veranlagt derselbe direkt oder indirekt zu geistiger Erkrankung? Sind die Lebens-

verhältnisse günstig und ist der Unterhalt ohne grosse Anstrengung zu gewinnen? Ist die Lebensweise nüchtern und arbeitsam oder ist der Kranke zu Ausschweifungen geneigt? Ist die Ehe glücklich? Ist viel Unglück über das Haus hereingebrochen und wie ist es getragen worden? Wie sind überhaupt die socialen Verhältnisse? Füllt die betreffende Person ihren Platz gehörig aus, ist sie geachtet, fördert sie das Allgemeinwohl, hat sie Sinn für höhere Interessen?

d) Nach Feststellung dieser allgemeinen, anamnestischen Verhältnisse erfolgt die der besonderen, auf die Krankheit bezüglichen Umstände. Dabei sind die etwa schon in den orientirenden Vorfragen gestellten Fragen noch einmal zu wiederholen.

Zunächst forsche man noch einmal nach der Ursache. Hierbei ist jedoch Vorsicht und Kritik nöthig, da von den Angehörigen gern Ursache und Wirkung verwechselt wird und die Antworten demgemäss unwillkürlich eine gewisse Tendenz annehmen. Wenn z. B. ein Kranker in der Aufregung des Vorläuferstadiums viel getrunken hat, so wird dieser Umstand gern als Ursache angeführt, ebenso ein Verlust, den ein angehender Paralytiker in Folge defekter Dispositionsfähigkeit erlitten (s. Kap. 8).

Alsdann stelle man den bisherigen Verlauf noch einmal im Zusammenhange fest. Wichtig ist der Beginn der Krankheit und ob sich diese allmählich entwickelt hat oder plötzlich und mit Bewusstseinsstörungen aufgetreten ist. Letzterer Umstand deutet meist auf eine idiopathische Gehirnerkrankung hin. Man frage auch danach, ob der Verlauf bisher ein gleichmässiger oder sich allmählich verschlimmernder gewesen, oder ob zeitweise ein Nachlass der Erscheinungen beobachtet worden ist. Ferner ist es wichtig, zu wissen, ob in dem Verhalten des Kranken zuerst eine Aenderung des Charakters oder der Stimmung oder der Intelligenz bemerkt wurde. Erstere Umstände deuten mehr auf eine affektive oder wenigstens psychoneurotische, letzterer auf eine idiopathische Erkrankung. Doch vergesse man nicht, dass solche Charakteränderungen, die mit Intelligenzschwäche einhergehen, ebenfalls auf idiopathische Erkrankung (Paralyse, Lues) deuten. Es gehören dazu namentlich die ethischen Defekte, die sich als mangelndes Schicklichkeitsgefühl kundgeben.

Wie hat sich alsdann der fernere Verlauf gestaltet? Sind Sinnestäuschungen und Wahnideen aufgetreten und welchen Inhalts waren sie? Waren sie wechselnd oder beharrlich? Sind verkehrte Handlungen begangen worden und sind tobsüchtige Zustände hinzugetreten?

Endlich folgen die Fragen nach den körperlichen Begleiterscheinungen, wie Schlaf, Appetit, Ausleerungen beschaffen, wie sich die Menstruation verhalten, ob viel über Kopfschmerz,

Hemikranie, Neuralgien geklagt wurde, ob Schwindelanfälle, Lähmungen und Krämpfe vorgekommen sind.

4. Die körperliche Untersuchung erstreckt sich zunächst auf die allgemeinen Verhältnisse.

a) Die Körperlänge ist an sich natürlich von keiner diagnostischen Bedeutung, aber in Verbindung mit Brustumfang und Schädelmaassen hilft sie das Bild vervollständigen.

Bei einem gesunden, körperlich gut entwickelten Menschen soll der Brustumfang der Hälfte der Körperlänge gleichkommen, der Athmungsumfang beträgt 5—7 Centimeter.

Die wichtigsten Schädelmaasse betragen beim Manne (bei der Frau durchschnittlich 1—2 Centimeter weniger):

		Centimeter
der Längsdurchmesser	mit dem Tasterzirkel zu messen	18
der Breitendurchmesser		15
der Abstand der Jochbeinfortsätze		11
der Abstand der Pori acustici		12,5
der Breiten-Index (der Längsdurchmesser in das 100-fache des Breitendurchmessers dividirt)		80
der horizontale Schädelumfang	mit dem Bandmasse zu messen	55
die Ohrhinterhauptslinie (von dem vorderen Rande des Proc. mastoideus über die Protuberantia occipitalis nach der anderen Seite)		24
die Ohrstirnlinie (von dem vorderen Rande des Porus acusticus über die glabella zur anderen Seite)		30
der Längsumfang (von der Nasenwurzel zur Protuberantia occipitalis)		35

Die Schädelmaasse sind wichtig, weil sie in zweifelhaften Fällen oft den ersten Anhaltspunkt zu weiterer Forschung geben. Ausserdem lassen mikro- und makrocephale Schädelmaasse auf angeborenen oder in frühester Kindheit erworbenen Idiotismus schliessen, während Asymmetrie nicht selten bei Paranoikern beobachtet wird.

Auch die Verhältnisse des übrigen Skeletts sind zu beachten, ob Zeichen von Rhachitis oder sonstigen Knochenerkrankungen vorhanden sind. Man suche überhaupt nach den Degenerationszeichen.

b) Der Ernährungszustand wird am äusseren Aussehen, der Entwickelung des subcutanen Fettpolsters, der Stärke der Muskulatur und am Körpergewicht erkannt. Man achte darauf, ob die senile rückgängige Metamorphose nicht zu früh eingetreten, überhaupt darauf, ob das Aussehen dem Alter entspricht.

Das Körpergewicht giebt im weiteren Verlaufe der Krankheit wichtige Aufschlüsse. Konstant ist das Sinken desselben beim Beginne frischer Psychosen, ebenso konstant das Ansteigen bei beginnender Rekonvalescenz. Da jedoch auch mit beginnender Verblödung das Körpergewicht eine Steigerung zu erfahren pflegt, so ist letztere nur alsdann, wenn auch Zeichen der psychischen Rekonvalescenz gleichzeitig mit denen der körperlichen auftreten, von guter Bedeutung. — Man beachte ferner auch, ob tiefere trophische Störungen, z. B. Ohrblutgeschwulst, Rippenbrüchigkeit und tiefgehendes brandiges Aufliegen vorkommen.

c) Die Temperatur. Mit Ausnahme einiger idiopathischen Hirnerkrankungen, z. B. des Delirium acutum, der Paralyse, der multiplen Sklerose (episodisch) u. s. w. ist das Irresein eine fieberlose Krankheit. Dafür finden sich desto häufiger subnormale Temperaturen, z. B. bei Melancholie, bei Stupor, im terminalen Blödsinn, überhaupt in allen körperlichen Schwächezuständen. Diagnostisch wichtig ist die Beobachtung Mendel's, dass bei Geisteskranken eine bei Gesunden nicht zu beobachtende Differenz zwischen der Temperatur des äusseren Gehörganges und der Achselhöhle, so zwar, dass letztere bald höher, bald niedriger als erstere sei, vorkommt.

d) Die Cirkulation und Athmung. Bei der fast ausnahmslosen Mitbetheiligung des vasomotorischen Systems sind Cirkulationsstörungen ungemein häufig. Sie zeigen sich in Veränderungen des Pulses, welche mittels des Sphygmographen festgestellt werden. Der Typus ist der pulsus tardus, in den letzten Stadien vasomotorischer Lähmung p. monocrototardus. Man stelle ferner fest, ob psychische Erregung einen Einfluss auf Veränderung der Pulscurve hat. Der p. tardus wird durch Erregungen mitunter zu einem p. celer, wodurch eine normale Curve vorgetäuscht werden kann. — Die physikalische Untersuchung der Lungen darf nicht verabsäumt werden. — Die gynäkologische Untersuchung ist in den geeigneten Fällen gleichfalls vorzunehmen.

e) Der Zustand der Verdauungsorgane ist zu beachten. In frischen Fällen von Melancholie findet sich sehr häufig eine dicke belegte Zunge bei gänzlichem Appetitmangel, Stuhlverhaltung und raschem Kräfteverfall. In der Manie und der Paralyse ist das Nahrungsbedürfniss oft gesteigert, ohne dass jedoch das Körpergewicht sich hebt, was immer auf eine tiefe trophische Störung deutet.

f) Die Sekretionen. Sie sind theils vermindert, theils vermehrt. Salivation ist als ungünstiges Zeichen anzusehen (s. Kap. 5).

g) Die Untersuchung des Augenhintergrundes mittels des Augenspiegels ist von grosser Wichtigkeit. Der Augenhintergrund erweisst sich mitunter als Index für psychische Zustände, indem Kongestionen desselben mit psychischer Erregung parallel zu gehen pflegen (Ludwig und Wendt). So hat man bei Melancholie und Manie kongestionirte Netzhaut und Papille gefunden (Manti). Stauungspapille ist überdies ein regelmässiger Befund bei vielen Gehirnkrankheiten, z. B. Neubildungen und Abscessen. Endlich können Netzhautveränderungen, wie sie bei chronischer Nierenentartung vorkommen, Sinnestäuschungen auslösen.

h) Die Untersuchung des Ohres. Der Zusammenhang von Krankheiten des Mittelohres und des Proc. mastoideus mit Eiterung der Meningen und Sinusthrombose ist längst nachgewiesen. Ebenso, dass letztere unter Umständen Geisteskrankheit zur Folge hat (Griesinger und L. Meyer). Ferner aber werden durch Verstopfungen des äusseren Gehörganges mit Ohrenschmalz und durch Katarrhe desselben, sowie der Paukenhöhle, Gehörstäuschungen theils illusionärer, theils hallucinatorischer Natur, hervorgerufen.

i) Die Prüfung der sensiblen Sphäre (s. Kap. 6) geschieht mit der Nadel und dem elektrischen Strom.

Indem bezüglich dieses und des folgenden Punktes auf die neurologischen Lehrbücher verwiesen wird, möge nur kurz Folgendes Erwähnung finden. Steigerung der elektrischen Erregung deutet auf Reizungsvorgänge, Verminderung auf Erschöpfungsvorgänge im Centralorgan. So hat Tigges bei Maniakalischen und bei solchen Melancholischen, welche krankhafte Sensationen darboten, erhöhte Kontraktilität, bei Blödsinnigen und Stuporösen dagegen verminderte gefunden. Die durch verminderte Erregbarkeit sich kundgebende Erschöpfung kann auf Ueberreizung oder auf weiterer Ausbreitung des Krankheitsprozesses beruhen. Man findet dann bei der Faradisation die sogenannte Entartungsreaktion des Muskels, nämlich rascheres Anwachsen der elektromuskulären Reizbarkeit und rascheres Verschwinden derselben, als im Normalzustande.

Die Ergebnisse der Sensibilitätsprüfung sind insofern vorsichtiger aufzunehmen, als die der motorischen, weil letztere objektiv erkennbar sind, erstere aber zunächst das Bewusstsein des Kranken zu passiren haben und subjektiv verwerthet werden. Verhältnissmässig am leichtesten sind Anästhesien und Analgesien festzustellen, vorausgesetzt, dass der Kranke nichts verheimlicht und Intelligenz genug besitzt, sich auszusprechen. Sensibilitätsstörungen bei Paralytikern kommen nach Westphal hauptsächlich

im Beginn der Krankheit vor, wenn, wie bei der tabetischen Form der Paralyse, die Leitungsbahnen erkrankt sind.

Elektrische Hyperästhesie ist bei Melancholikern, die an krankhaften Sensationen leiden, und bei Maniakalischen nachgewiesen worden (Tigges). Bei manchen Geisteskranken zeigte sich erhöhte Erregbarkeit, besonders an der Stirn (Lombroso) und den Augenlidern (Tigges). Herabgesetzte elektrische Schmerzempfindung wurde hauptsächlich bei Stuporösen gefunden. Sensorielle Hyperästhesie im Bereiche des Gehörnerven wurde bei Gehörshallucinationen von Jolly, — Uebererreglichkeit des Grosshirns gegen genau quer durch den Schädel geschickte Ströme bei Melancholikern durch Emminghaus festgestellt.

k) Die Prüfung der motorischen Sphäre. Man überzeuge sich von dem Stande der motorischen Kraft und des Muskelsinnes. Man forsche nach, ob Zittern, fibrilläre Zuckungen, Lähmungen, Krämpfe, kataleptische Starre, Kontrakturen vorhanden sind.

Man achte auf den Stand der Pupillen und die Irisreaktion, Pupillenerweiterung mit gut erhaltener Irisreaktion findet man bei Hysterie und Manie, überhaupt in allen Zuständen gesteigerter Erregbarkeit. Pupillenerweiterung bei aufgehobener Irisreaktion ist ein Zeichen des Hirndruckes und kommt im Delirium acutum, bei der Meningitis und im epileptischen Anfall vor. Pupillenverengerung mit mangelnder Irisreaktion findet man ebenfalls am häufigsten bei idiopathischen Gehirnkrankheiten, z. B. der Paralyse, der Lues und der multiplen Sklerose.

Wichtig ist die Feststellung von Ausfallserscheinungen an den Gehirnnerven, weil dies immer auf idiopathische Gehirnkrankheit, namentlich Lues hinweist. Die Sprache und Handschrift erfordern besondere Beachtung (s. Kap. 5—7).

l) Die Prüfung der Haut- und Sehnenreflexe. Steigerung der Sehnenreflexe deutet auf ein idiopathisches Gehirnleiden. Bei Paralyse dagegen, namentlich der tabetischen Form, sind die Sehnenreflexe herabgesetzt oder fehlen ganz. Die Hautreflexe findet man in allen Erregungszuständen, namentlich auch der Hysterie, gesteigert.

m) Haltung, Gang, Miene und Blick, obgleich hier zuletzt genannt, sind doch diejenigen diagnostischen Merkmale, welche zuerst ins Auge fallen, und welche oft genug schon ein vorläufiges Urtheil erlauben. Der Affekt des Melancholikers spricht sich deutlich in dessen gebückter und in sich zurückgesunkener Haltung, in dem gesenkten Haupte, den zusammengezogenen Augenbrauen, der gefurchten Stirn, den hängenden Mundwinkeln, der Schlaffheit und Langsamkeit der Beweg-

ung, der leisen, zögernden Sprache aus. In ausgesprochenen Fällen kann man hier die Diagnose schon auf den ersten Blick stellen. — Der Maniakalische zeigt dagegen ein aufgeschlossenes Gesicht, glatte Stirn, hellen Blick und bewegliches Mienenspiel. — Die hochmüthige Ueberhebung des Paranoikers spiegelt sich in seiner reservierten Haltung, seinen emporgezogenen Augenbrauen. seinem in den Nacken geworfenen Kopf (er trägt die Nase hoch!), seiner kurzen, befehlenden Sprache wieder. — Im Allgemeinen darf man sagen, dass der Ausdruck der Miene sowohl von der Höhe des Affektes, als auch von dem Grade der Erhaltung der Geisteskräfte überhaupt, abhängig ist. Deshalb findct man bei den oben erwähnten Formen auch am häufigsten den krankhaft charakteristischen Ausdruck der Miene. Der im psychischen Schwächezustand versunkene Sekundär-Paranoische, der in der Intelligenz geschwächte Paralytiker lassen sich selbst durch die angenehmsten Bilder und die riesigsten Grössenvorstellungen in keinen hohen Affekt mehr versctzen und bekunden dies durch ihre gleichgültige, höchstens etwas selbstgefällige Miene. — Der unbeweglichen Ruhe des Stupurösen, des gespannten, maskenartigen Gesichtsausdruckes des an Attonität Leidenden wurde früher schon gedacht.

Wenn im Vorstehenden unter 1—4 der Gang einer psychiatrischen Untersuchung geschildert wurde, so war damit natürlich nicht gemeint, dass eine Sitzung hinreiche, um diesen umfangreichen Thatbestand zu erheben. Vielmehr werden dazu eine ganze Reihe von Untersuchungen und zu verschicdenen Zeiten vorgenommenen anamnestischen Erhebungen nötig sein, was ja auch schon daraus hervorgeht, dass ein Teil der genannten Fragen nur erst im Verlaufe der Krankheit seine Erledigung finden kann. Es hat auch zumeist gar keine so grosse Eile damit. Die dringendste Aufgabe, die dem Arzte gestellt wird, ist einestheils die Sicherung des Kranken, anderntheils die Erwägung, unter welchen Umständen, ob in dessen Behausung oder in einer Heilanstalt, am ersten Genesung zu erwarten sei. Dies zu entscheiden, genügt aber die psychologische Diagnose, und diese wird man in den meisten Fällen, wo überhaupt unzweifelhafte Geisteskrankheit vorliegt, auch ohne viel Zeitverlust zu stellen im Stande sein. Zweifelhafte Fälle aber, welche nicht sofort zu entscheiden sind, pflegen keine sehr dringlichen zu sein. — Man darf sich also bei dcr crsten Untersuchung mit den allgemein orientirenden Fragen und der psychologischen Diagnose nebst der körperlichen Untersuchung, soweit sie unentbehrlich ist, begnügen, das andere aber, falls nöthig, später nachholen.

Vierundzwanzigstes Kapitel.

Die Diagnose der Genesung und allgemeine Prognose.

Die Diagnose der Genesung zu stellen, ist oft ein schwieriges und stets verantwortungsvolles Geschäft.

Auch bei Geisteskranken gilt die allgemeine Regel, dass Genesung anzunehmen ist, sobald sich keine krankhaften Symptome mehr zeigen. Aber die Symptome brauchen nur zurückzutreten, nicht ganz verschwunden zu sein und von der Tiefe des krankhaft gebliebenen Untergrundes können sie sich immer wieder aufs Neue erheben. Darum ist die weitere Forderung zu stellen, dass nicht blos Krankhaftes beseitigt, sondern dass auch die alte geistige Persönlichkeit, mit ihren in gesunden Tagen geübten Gewohnheiten und Neigungen, wieder zum Vorschein gekommen sein müsse. Der frühere Mensch muss wieder hergestellt sein. Dies zu beurtheilen, ist für den Arzt, der letzteren nicht gekannt hat, oft eine schwierige Aufgabe. Manche Kranke verstehen es auch vortrefflich, gewisse Symptome, von denen sie wissen, dass sie ihrer Entlassung aus der Anstalt hinderlich sind, zu verheimlichen, z. B. Hallucinationen und Wahnideen.

Als ein sehr werthvolles Kennzeichen der Genesung gilt es mit Recht, wenn der frühere Kranke seine Krankheit als solche erkennt, wenn er nicht ferner noch glaubt, dass ihm Unrecht geschehen sei und er sich dankbar für die geübte Vorsicht und genossene Pflege zeigt. Doch braucht das Fehlen dieser Zeichen andererseits noch keine Fortdauer der Krankheit zu bedeuten. Denn der Kranke hat vielleicht wirklich Recht, wenn er sich darüber beklagt, dass er nicht offen und ehrlich, sondern mit Lug und Trug in die Anstalt gebracht worden ist.

Erleichert wird die Aufgabe durch die Kenntniss der allgemeinen Prognose.

Es gibt Formen, die nicht blos heilbar sind, sondern auch in den meisten Fällen geheilt werden, andere, die nur in den seltensten Fällen, und wieder andere, die überhaupt nicht geheilt werden.

Die heilbaren Formen, die auch in den meisten Fällen geheilt werden, sind zumeist unter den Psychoneurosen zu suchen. Zu ihnen gehören Melancholie und Manie mit Tobsucht, solange dieses Stadium noch nicht überschritten ist. Die daraus hervorgehenden psychischen Schwächezustände, nämlich die sekundäre Paranoia und der sekundäre Blödsinn sind ein für allemal unheilbar. Der Procentsatz dieser der Vesania typica (s. Kap, 14) angehörigen Gruppe an Heilungen beträgt ungefähr 70 %. — Das Delirium acutum zeigt etwa 30 %, der primäre Blödsinn

80—90 %, die akute hallucinatorische Verworrenheit 60 % Genesungen.

Mitunter wird geheilt die primäre hallucinatorische Paranoia, wenn nämlich, was jedoch nur sehr selten der Fall ist, die Hallucinationen wieder zum Schwinden gebracht werden. — In der Gruppe der Vergiftungspsychosen kommen gleichfalls Heilungen vor. Doch ist der Procentsatz derselben schwer zu bestimmen, da man niemals ganz sicher ist, ob man es mit einer wirklichen Genesung zu thun hatte oder ob Rückfälle zu befürchten sind. In der Gruppe der centralen Neurosen ist die choreatische Geisteskrankheit als solche, die oft, und in den organischen Psychosen die Paralyse und das luetische Irresein, als solche, die zuverlässigen Beobachtern zu Folge mitunter, wenn auch sehr, sehr selten zur Genesung gelangen. Letztere Krankheiten machen sehr starke Remissionen und es kann wohl vorkommen, dass eine solche irrthümlich für Genesung genommen wird. — Auch das traumatische Irresein führt, wenn auch nur in der Minderzahl der Fälle, zu Genesung. — Encephalitische Heerde können auf operativem Wege zur Genesung gebracht werden, ein Erfolg, für den die Psychiatrie der Chirurgie zu danken hat.

Als unheilbar, wenn auch in gewissem Grade besserungsfähig, sind die angeborenen oder in frühester Jugend erworbenen Entwickelungshemmungen, also der Idiotismus zu bezeichnen. Hier bedeutet die Besserung jedoch nicht sowohl einen Nachlass der eigentlichen Krankheitserscheinungen, als vielmehr eine Ab- und Angewöhnung durch Erziehung und Dressur. Der Erzieher leistet hier mehr, als der Arzt. — Ferner sind als besserungsfähig zu bezeichnen die meisten Formen in der Gruppe der centralen Neurosen.

Als unheilbar und auch nicht der Besserung fähig sind in der Gruppe der Psychoneurosen die sekundären Schwächezustände, ferner die Paranoia, mit Ausnahme der oben genannten hallucinatorischen, endlich die meisten Formen der organischen Psychosen zu bezeichnen.

Innerhalb der heilbaren Formen hängt die Prognose von den begleitenden Umständen ab, zunächst

a) Der Ursache. Erbliche Belastung kann günstige und ungünstige Bedeutung haben. Ersteres ist der Fall, wenn sich die Belastung nur in leichterer Anfälligkeit und Verwundbarkeit des Gehirns kundgiebt. Hier genügen allerdings schon geringe Veranlassungen, die Seele aus dem Gleichgewicht zu bringen. Dafür aber kehrt diese auch, falls die näheren Ursachen keine dauernden und nachwirkenden sind, desto eher wieder dahin zurück. Ist jedoch eine schwerere, äusserlich durch Degenerationszeichen und seelisch durch Charakter-

fehler und Intelligenzschwäche sich kundgebende, Belastung vorhanden, so gestaltet sich bei dem Ausbruch einer wirklichen Geisteskrankheit die Prognose schlecht. Es sind dies häufig die Fälle, welche man unter die Gruppen des moralischen Irreseins und der originären Paranoia zu zählen pflegt.

Erschöpfungspsychosen gewähren eine günstige Vorbedeutung, vorausgesetzt, dass die zu Grunde liegenden körperlichen Ursachen beseitigt werden können und die Herzmuskulatur nicht schon zu tief entartet ist. Deshalb verlaufen Psychosen, die im Auschluss an fieberhafte Krankheiten auftreten, ferner die Wochenbetts- und die Laktationspsychosen meistens günstig. Dasselbe gilt vom Delirium tremens, welches jedesmal günstig, d. h. mit relativer Genesung endet, falls nicht durch Lähmung des Herzmuskels der Tod eintritt.

Ueberhaupt pflegen Geisteskrankheiten, welchen eine direkte körperliche Ursache mit zu Grunde liegt, — jedoch immer vorausgesetzt, dass es sich um kein idiopathisches Gehirnleiden handelt, günstig abzulaufen. Dies ist z. B. der Fall bei den von den Unterleibsorganen ausgehenden Reflexpsychosen, mehr aber noch von den neuralgisch oder sonstwie sensibel veranlagten Geisteskrankheiten, z. B. nach Supraorbital — oder Occipital — Neuralgien.

b) Der Verlauf. Tritt rasche Genesung nach plötzlich aufgetretenen Psychoneurosen ein, so darf man auf Bestand hoffen. Sehr rasche Genesung bei einer allmählich nnd langsam entwickelten Krankheit ist jedoch stets verdächtig und bedeutet meist nur eine zeitweise Remission, welcher die Verschlimmerung auf dem Fusse zu folgen flegt. Deshalb ist in solchen Fällen das allmähliche Schwinden der Symptome die allein erwünschte Lösung. In allen affektiven Leiden ferner ist zeitweiser Wechsel der Stimmung vortheilhafter als langes, unverändertes Beharren in demselben Zustande.

Merkwürdiger Weise bringen in chronischen Fällen zufällige körperliche Erkrankungen, unter denen die Infektionskrankheiten obenan stehen, noch unerwartete Genesung. Man darf sich den Vorgang vielleicht so erklären, dass durch den fieberhaften Krankheitsprocess veraltete Ablagerungen in den Hirnhäuten eine Schmelzung und Aufsaugung erfahren)

c) Die Dauer. Die meisten Genesungen finden im ersten Halbjahre statt, im zweiten nur etwa der vierte Theil, nach Ablauf des ersten oder gar mehrerer Jahre nur noch verschwindend wenige.

d) Die Symptome. Es giebt Zustände und ominöse Zeichen, die den bösartigen Charakter des Leidens ver-

rathen oder eine schlimme Wendung vermuthen lassen. Dahin gehören alle schweren Bewusstseinsstörungen, wenn sie im Verlaufe einer Krankheit auftreten, wie Ohnmachten, Schwindel, unbewusste, sinnlose Handlungen. Denn sie deuten entweder auf ein tiefes Ergriffensein des vasomotorischen Systems oder auf ein idiopathisches Gehirnleiden. Als Zeichen einer tiefen Bewusstseinsstörung mit teilweisem Vergessen der Persönlichkeit sind Schmieren, Kothessen, Kleiderzerreissen aufzufassen. Beim affektiven Irresein bilden sie häufig den Uebergang in sekundäre Schwächezustände. Doch kann auch noch Genesung eintreten.

Von noch schlechterer Vorbedeutung ist Intelligenzschwäche, die im Verlaufe bestehender Psychosen entweder bei schweren idiopathischen Leiden oder bei Uebergang der typischen Vesania in sekundäre Paranoia vorkommt. Ihr Eintritt ist gleichbedeutend mit Unheilbarkeit. Am ersten wird die sich vorbereitende oder bereits eingetretene Intelligenzschwäche erkannt, wenn die Kranken anfangen, werthlose Dinge zu sammeln oder ihren Nachbarn das Essen wegzunehmen.

Wahnideen sind an sich kein schlechtes Zeichen, namentlich nicht, wenn sie im affektiven Irresein als Erklärungsversuche auftreten. Sind sie jedoch mit mangelnder Kritik und Intelliganzschwäche gepaart, wie die Grössenideen der Paralytiker, so stellen sie sehr schlechte Zeichen dar. Unerwünscht sind auch Hallucinationen. Doch klingen sie auch häufig genug ab, ohne wiederzukehren. Ihre prognostische Bedeutung ist hauptsächlich abhängig von ihrer Heftigkeit, Häufigkeit und Beharrlichkeit. Einen ominösen Charakter nehmen sie jedesmal an, wenn sie sich mit Hallucinationen anderer Sinne verbinden. Gehörs- und Geruchshallucinationen bedeuten immer ein tieferes Ergriffensein, als solche des Gesichts.

Handlungen, welche scheinbar ganz unvermittelt und unmotivirt dastehen, hinterher aber mit Gründen beschönigt werden, sind ein sehr schlechtes Zeichen. Sie deuten, ebenso wie Verkehrtheiten und Verschrobenheiten des Charakters, auf erbliche Belastung und Entartungs-Irresein. Tobsucht gehört noch in die Breite der heilbaren Formen. Die günstigste Form ist die einfach-maniakalische.

Von körperlichen Zeichen sind Lähmungen und Krämpfe von sehr übler Bedeutung. Denn sie weisen fast ausnahmslos auf idiopathische Gehirnerkrankung hin. Katalepsie dagegen kommt auch in den heilbaren Fällen des affektiven Irreseins vor. Muskelzittern an sich ist noch kein schlechtes Zeichen. Es wird vielmehr zu einem solchen erst, wenn, wie bei der Paralyse, noch andere Lähmungserscheinungen dazu treten, oder

wenn es als pathognomonisches Zeichen auftritt, wie bei der multiplen Sklerose. — Pupillendifferenz hat keine ausgesprochene prognostische Bedeutung.

Von Störungen auf dem sensiblen Gebiet beanspruchen Neuralgien keine, dagegen Anästhesien und Analgesien eine ausgesprochen ungünstige Bedeutung. Auch die schweren trophischen Erscheinungen, wie Ohrblutgeschwulst und Rippenbrüchigkeit, zeigen stets ein tiefes, mit Tod oder Verblödung endigendes Leiden an. Auch Zähneknirschen und Speichelfluss sind als direkte Hirnreizsymptome ominöse Zeichen. Ersteres findet sich in den vorgeschrittenen Stadien der Paralyse, letzteres kündigt häufig den Uebergang in sekundäre Paranoia an.

Die Wiederkehr der ausgebliebenen Menstruation ist stets ein erwünschtes Zeichen. Denn sie bedeutet mindestens eine Besserung in den vegetativen Verhältnissen des erkrankten Organismus. Nicht selten aber ist sie auch wirklich Vorausverkünderin der Genesung, die ihr auf dem Fusse folgt.

Die Miene lässt den Zustand der Seele oft deutlicher, wie alle andern Zeichen erkennen. Sie hellt sich auf, wenn der die Seele belastende Druck sich mildert, sie wird trübe, starr und nichtssagend, wenn die kommende Verblödung ihren Schatten vorauswirft.

Fünfundzwanzigstes Kapitel.

Die gerichtliche Begutachtung. Die Diagnose der Simulation.

Die gerichtsärztliche Begutachtung eines wirklichen oder vermeintlichen Geisteskranken ist irrenärztliche Diagnostik, angewandt auf gewisse Gegenstände der Rechtspflege.

Die Fragen, um welche es sich hier handelt, sind in der Strafrechtspflege die nach der Zurechnungsfähigkeit, und im Civilrecht die nach der Dispositions- oder Verfügungsfähigkeit eines Menschen. Die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit lautet: Darf dem Angeschuldigten die That zugerechnet werden, — die nach der Verfügungsfähigkeit lautet: Kann der p. p. selbstständig in seinen Angelegenheiten verfügen? Die Zurechnungsfähigkeit ist mithin eine passive, die Verfügungsfähigkeit eine aktive Eigenschaft.

Streng genommen sind Zurechnung und Verfügungsfähigkeit rein richterliche Fragen. Der Richter allein hat zu entscheiden, ob einem Angeklagten seine That zuzurechnen sei, und ob ein Anderer über seine Angelegenheiten, soweit sie vermögensrechtliche oder andere wichtige, bürgerliche Dinge betreffen, selbst-

ständig verfügen dürfe oder nicht. Der Arzt hat nur das Material zu der richterlichen Entscheidung, soweit es sich um die Beurtheilung des Gesundheitszustandes des betreffenden Menschen handelt, herbeizuschaffen. Praktisch gestaltet sich allerdings die Sache mitunter so, dass der Richter auch die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit oder Verfügungsfähigkeit dem Arzte überlässt. Letzterer wird jedoch immer besser daran thun, die Beantwortung der Frage in dieser Form abzulehnen und sich ganz auf das ärztliche Gebiet zurückzuziehen.

Die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit ist im Wesentlichen keine andere, als die nach Geistesgesundheit oder Geisteskrankheit zur Zeit der That. Wird letztere festgestellt, so ist zugleich meist auch die nach der Zurechnung, und zwar in verneinendem Sinne entschieden. Die Fassung des deutschen Strafgesetzbuches, wonach eine strafbare Handlung nicht vorhanden ist, wenn der Thäter zur Zeit der That sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhaften Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, lässt allerdings erkennen, dass es nach der Meinung des Gesetzes auch Geisteskrankheiten giebt, durch welche die freie Willensbestimmung nicht ausgeschlossen ist. In der That entspricht es auch dem wahren Sachverhalte. Gesundheit und Krankheit sind nicht immer streng von einander geschieden. Die Fälle, wo sich Geisteskrankheit und aufgehobene Zurechnungsfähigkeit ohne Weiteres decken, sind die unverkennbaren, typischen Formen von Irresein, welche der Beurtheilung keine erheblichen Schwierigkeiten in den Weg zu legen pflegen. Ausser diesen aber giebt es noch zahlreicheUebergänge zwischen gesundem und krankem Seelenleben, namentlich in der breiten Schicht der erblich oder sonst wie organisch Belasteten, zweifelhafte Zustände, die dem Begutachter die grössten Schwierigkeiten bereiten können. Bei solchen Persönlichkeiten ist der Grad der Einsicht und der Willensenergie, welche sie dem verbrecherischen Vorsatze entgegen zu setzen haben, schwer oder gar nicht abzuschätzen. Man kann nur sagen: das Individium ist einem Vollsinnigen nicht gleich zu setzen, andererseits aber ist es in seinen Entschlüssen nicht so gefesselt, wie der typisch Geisteskranke, — seine Einsicht und seine Willenskraft sind gemindert. Dieser Minderung der geistigen Qualitäten müsse auch eine Minderung der juristischen Zurechnung entsprechen, — eine Forderung, die in der That auch von vielen deutschen Irrenärzten erhoben wird.

Bei der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit handelt es sich darum, festzustellen, ob der Angeschuldigte zur Zeit der That, also zu einer vor der ärztlichen Untersuchung gelegenen Zeit, krank gewesen ist. Es ist demnach eine nachträgliche Diagnose zu stellen, die oft dadurch sehr schwierig wird, dass

der Angeschuldigte schon wieder genesen ist und keine krankhaften Zeichen mehr aufweist. Das allerwichtigste Mittel zur Beurtheilung, nämlich die Untersuchung des Kranken und die Beobachtung der Symptome, wird dadurch hinfällig. Man ist also hier auf die immerhin unvollständige Anamnese, soweit sie durch die Akten dargeboten wird oder sonst wie ermittelt werden kann, angewiesen.

Bei der Frage nach der Verfügungsfähigkeit ist die Aufgabe des Arztes meist leichter. Denn hier liegt ihm der fragliche Geisteszustand jedesmal selbst vor, er kann ihn nach den Regeln der Wissenschaft untersuchen und braucht sich nicht ganz allein auf die anamnestischen Angaben zu verlassen. Dafür ist hier die prognostische Bedeutung des ärztlichen Gutachtens grösser. Die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit hat es mit der Vergangenheit, die nach der Verfügungsfähigkeit mit der Gegenwart und Zukunft zu thun. Erstere lautet: War Geisteskrankheit vorhanden? — letztere: Ist Geisteskrankheit vorhanden und wird sie weiterhin vorhanden sein? Ferner erhebt sich oft die Frage nach der muthmasslichen Dauer, da die völlige Entmündigung eines Kranken bei einer rasch zur Genesung führenden, akuten Geisteskrankheit vielleicht nicht in seinem Interesse liegt. Endlich ist auch bei Wiederaufhebung der Entmündigung die Frage zu entscheiden, ob der Entmündigte wieder verfügungsfähig sei. Es muss also die Diagnose der Genesung gestellt werden. Es ist nicht immer nöthig, dass hier die Genesung eine vollkommene sei, man darf sich vielmehr mitunter auch mit einer relativen Genesung begnügen. Wer noch den Grad von Intelligenz besitzt, den Stand seiner Geschäfte zu überschauen, wer frei von krankhaften Affekten, imperativen Hallucinationen und beherrschenden Wahnideen ist, wer sich unauffällig in der Gesellschaft bewegt und einen soliden Lebenswandel führt, dem darf man die Führung seiner rein persönlichen Angelegenheiten unter Umständen wohl gestatten, selbst, wenn er noch Wunderlichkeiten, Verkehrtheiten und andere Krankheitsreste darbieten sollte. Hier ist natürlich genaues Individualisiren und kritische Beurtheilung der besonderen Verhältnisse, in welche der bisher Entmündigte zurückkehrt, von grösster Wichtigkeit.

Die gerichtsärztliche Untersuchung des Geisteszustandes eines Menschen ist im Grunde keine andere, als eine zu Heilzwecken unternommene. Das einzige Ziel, hier wie dort, ist, zur Diagnose zu gelangen. Deswegen gelten auch für sie die im vorigen Kapitel gegebenen allgemeinen und speziellen Regeln. Doch mag dabei noch auf folgende Punkte aufmerksam gemacht werden. Ein sehr wichtiger Theil der Anamnese ist in den Akten enthalten. Ja, häufig ist ausserhalb derselben überhaupt nichts bezüglich der Anamnese zu erfahren. In jedem Falle also bildet der Akteninhalt eine Hauptgrundlage des Gutachtens. Nun ist

es selbstverständlich erlaubt, unter Umständen sogar geboten, den in dieser oder jener Hinsicht unvollständigen Akteninhalt durch direktes Nachfragen bei den Angehörigen oder anderen Zeugen zu ergänzen und zu berichtigen. Hierbei muss jedoch mit grösster Vorsicht verfahren werden. Der Arzt muss vollkommen unbefangen in seinem Urtheil, durch keine vorgefasste Meinung beengt, an dieses Geschäft gehen; denn sonst läuft er Gefahr, wie dies unerfahrenen oder subjektiv befangenen Gerichtsärzten mitunter geht, seine eigenen Voraussetzungen aus den Zeugen herauszufragen. Finden sich erhebliche thatsächliche Widersprüche zwischen den in den Akten enthaltenen und von ihm selbst erhobenen Zeugenaussagen, so hat er unverzüglich dem Richter Mittheilung zu machen, damit die Wahrheit ermittelt werde. Keinesfalls abcr darf er, wie dies gleichfalls bei allzu eifrig ihre vorgefasste Meinung befolgenden Gerichtsärzten vorgekommen ist, seine eigenen Erhebungen an Stelle des Akteninhalts setzen und letzteren in diesen Stücken einfach ignoriren.

Ein Theil der Anamnese ist von dem zu Untersuchenden selbst zu erhebcn. Hier ist nun das Verhalten des Arztes von grosser Wichtigkeit. Er muss im Stande sein, sich sofort das Vertrauen des Kranken zu erringen oder wenigstens dessen Misstrauen zu begegnen, und er muss zu fragen verstehen. Bei Angeklagten, die auf ihre Zurechnungsfähigkeit zu untersuchen sind, kommen diese Dinge weniger in Betracht, als bei zu Entmündigenden. Der erstere hat keinen Grund, sich einer Massregel zu widersetzen, die den Erfolg haben kann, ihn ausser Verfolgung zu setzen. Aber letzterer weiss, dass es sich darum handelt, ihm gewisse Rechte zu entziehen und ihn so, seiner kranken Auffassung gemäss, zu benachtheiligen. Zunächst kommt viel darauf an, wie der Arzt sich einführt. Man lasse sich nicht auf Winkelzüge ein, täusche keine Absichten vor, die man nicht hat, sondern stelle sich einfach als Arzt vor, der einen gerichtlichen Auftrag zu erfüllen habe, lasse sich aber alsdann auch durch kein Poltern und keine Drohungen einschüchtern. Als Zweck der Untersuchung mag er immerhin erklären, der p. p. werde für krank gehalten und bedürfe der Hülfe. In den allermeisten Fällen wird sich dann dessen Aufregung legen und er wird willig Rede und Antwort stehen. Die Kunst zu fragen kann nicht gelehrt werden. Sie ist eine Sache des natürlichen Taktgefühls und erworbener Geschicklichkeit. Oft empfiehlt es sich auch, nicht sofort mit der Thür in's Haus zu fallen, sondern zuerst eine allgemeine Unterhaltung zu pflegen, bei der man sich dem Ziele nach und nach nähert. Zweierlei Dinge machen die meisten Menschen redselig, nämlich, wenn man sie auf ihren Gesundheitszustand und ihr Geschäft zu sprechen bringt. Die vorher eingezogenen Informationen werden auch dem Arzte Anknüpfungspunkte genug geben, z. B. wie er vorhandene Wahnideen vorsichtig verwerthen kann.

Bei der Abfassung der Gutachten kann man entweder deduktiv oder induktiv verfahren. Bei der ersten Methode erklärt man die Einzelerscheinungen aus dem Gesammtbilde. Sie erweist sich in den einfachen Fällen nützlich, wo man es mit allgemein anerkannten typischen Formen von Psychosen zu thun hat. Die That erklärt sich dann als ein Symptom der gerade vorliegenden Krankheit. Diese Methode ist sehr beweiskräftig und pflegt auf Richter und Laien den grössten Eindruck zu machen. In zweifelhaften Fällen jedoch kann sie nicht angewandt werden. Hier erscheint vielmehr die induktive Methode am Platze. Man trägt die Einzelheiten zusammen und konstruirt aus ihnen das Gesammtbild. Dasselbe ist hier nicht das einer typischen Krankheit, sondern gewisser atypischer, zum Theil inkongruenter Zustände, welche zusammengestellt nur das allgemeine Urtheil gestatten, ob der zu Untersuchende geistig abnorm beschaffen sei, oder ob die ermittelten Thatsachen zu solcher Annahme noch der hinreichenden Beweiskraft ermangeln.

Welche Methode man aber auch wählen möge, — stets sei das Gutachten klar und wahr. Man begutachte deshalb nicht eher, bis man seiner Sache, soweit möglich, gewiss ist. Niemals lasse man sich zu voreiligen Urtheilen drängen. Hat die zur Beobachtung gegebene Zeit nicht hingereicht, so suche man um Verlängerung der Frist nach. Kann man aber in schweren und zweifelhaften Fällen zu keinem Urtheil gelangen, so scheue man sich nicht, dies auszusprechen und belaste sein Gewissen nicht mit einer Verlegenheitsdiagnose. Man bemühe sich auch, klar, einfach und deutlich zu sprechen und bringe die der Beurtheilung des Richters zu unterbreitenden Thatsachen logisch geordnet, im Zusammenhange vor, sodass sich der Richter ein Bild machen kann, — nicht aber als lose Theile, denen das geistige Band fehlt.

Die Fehler, vor denen sich der psychiatrische Sachverständige zu hüten hat, sind die schon bei der allgemeinen Diagnostik erwähnten. Er hüte sich, an einem einzelnen Zeichen, hier vor Allem der That selbst, das Vorhandensein einer Geisteskrankheit beweisen zu wollen, sondern suche jedesmal nach anderen Symptomen. Höchstens als beweisverstärkend darf die Art und Weise, wie die That vollbracht wurde, herangezogen werden. Alsdann nehme er sich vor metaphysischen Erörterungen, z. B. vor Vertiefungen in die Fragen der Willensfreiheit in Acht und halte sich unverrückt das einzige Ziel vor Augen, nach welchem der Gerichtsarzt zu trachten hat, nämlich Geisteskrankheit oder Geistesgesundheit nach klinischer Methode zu erweisen. Vor so groben Irrthümern, wie der, dass aus der Einsicht des Thäters in sein Thun und dessen mögliche Folgen die Geistesgesundheit desselben hervorgehe, Irrthümern, welchen Laien sehr häufig unterliegen, wird jeder auch nur halbwegs psychiatrisch unterrichtete Arzt geschützt sein.

Zwei wichtige Fehlerquellen muss der Gerichtsarzt noch vermeiden, nämlich die Simulation und die Dissimulation. Der Verbrecher, der Dienstpflichtige simulirt, um für geisteskrank, der zu Entmündigende und der Kranke, der aus der Anstalt entlassen sein will, dissimulirt, um für geistesgesund zu gelten.

Dissimulationen sind bei einiger Aufmerksamkeit leicht zu entdecken. Meist wird nur das eine oder andere Symptom dissimulirt, z. B. Hallucinationen oder Wahnideen. Aus dem Umstande, dass andere begleitende Symptome noch bestehen, kann man oft unschwer das wahre Verhältniss durchschauen, z. B., wenn ein Kranker Wahnideen nur in Worten ableugnet, in Handlungen aber nach wie vor kundgiebt, — oder wenn ein Melancholiker den Affekt, den man ihm noch vom Gesicht ablesen kann, in Abrede stellt und völliges Wohlbefinden vorzuspiegeln versucht.

Simulationen sind im Grunde viel seltener, als Laien anzunehmen geneigt sind. Am häufigsten werden sie noch, wie es scheint, von geriebenen Verbrechern geübt, welche hoffen dürfen, zur Beobachtung in eine Irrenanstalt, von wo aus die Entweichung leichter zu bewerkstelligen ist, überführt zu werden. Doch kommt es auch vor, dass Geisteskranke ausserdem noch simuliren, lediglich aus dem krankhaften Drange zu Lug und Täuschung. Namentlich gilt dies von erblich belasteten Personen, welche moralisches Irresein darbieten. Die simulirenden Uebertreibungen vieler Hysterischen sind gleichfalls bekannt.

Für den Sachverständigen bietet die Diagnose der Simulation, vorausgesetzt, dass ihm die nötige Beobachtungszeit zu Gebote gestanden, meist keine Schwierigkeiten. Auf die Länge wenigstens ist der Simulant gar nicht im Stande, eine Geisteskrankheit vorzutäuschen, teils, weil er das nachzuahmende Krankheitsbild überhaupt nicht genau kennt, teils, weil ihm zur Durchführung der Rolle die nötigen Kräfte fehlen.

Folgende Punkte sind hauptsächlich zu beachten:

1. Das Irresein besteht nicht aus einem einzelnen Symptom, auch nicht aus einem losen Nebeneinander mehrerer Symptome, welche beliebig kommen und gehen, sondern es ist ein psychischsomatisches Leiden, dass aus bestimmten Ursachen sich gesetzmässig entwickelt und verläuft.

2. Der Simulant kann deshalb vielleicht das eine oder andere Symptom eine Zeit lang vortäuschen, aber niemals wird ihm dies auf die Dauer mit dem Gesammtbilde gelingen.

3. Namentlich ist er nicht im Stande, die somatischen Symptome beizubringen. Die vasomotorischen Störungen liegen ganz ausser dem Bereiche seines Könnens. Auch die Körpergewichtsabnahme kann er nicht erzwingen, selbst wenn er sich längere Zeit zureichender Nahrung enthalten sollte. Dies ist ein sehr wesentliches Merkmal, an dem die Simulation akuten Irreseins

ohne Weiteres schon erkannt wird. Auch den Schlaf kann er sich auf längere Zeit nicht entziehen.

Lähmungen, in Begleitung psychischer Symptome werden wohl nur selten vorgetäuscht. Dagegen wird gern Epilepsie simulirt und es lässt sich nicht läugnen, dass es Simulanten gibt, die es hierin zu grosser Fertigkeit gebracht haben. Man lege dabei aber nicht zuviel Werth auf die typischen Krampfanfälle, die überdies gern in Abwesenheit des Arztes producirt werden, sondern sehe nach den psychischen Symptomen des epileptischen Irreseins.

Vor allem aber fällt es dem Simulanten schwer, den zu dem simulirten Leiden gehörenden, mimischen Gesichtsausdruck, z. B. den des Melancholikers oder des Blödsinnigen lange fest zu halten.

4. Auch das psychische Einzelsymptom vorzutäuschen kann der Simulant nicht lange durchführen. Den Tobsüchtigen zu spielen z. B. muss er bald aufgeben, weil ihm nicht, wie dem wirklich Tobsüchtigen, das Ermüdungsgefühl abgeht. Er muss also entweder bald damit aufhören oder lange Pausen machen, um die Kräfte durch Ruhe und Schlaf zu stärken, was mit dem typischen Krankheitsbilde gar nicht übereinstimmt. Aehnlich verhält es sich mit allen anderen Leistungen auf diesem Gebiete, mit der Vorspiegelung eines Affektes, was nur selten, oder des Stupors, was häufiger vorkommt. Daher kann man bald merken, dass der Simulant nur „arbeitet", wenn er sich beobachtet weiss.

5. Der Simulant kennt nur sehr selten das Krankheitsbild aus eigner Anschauung, dichtet sich vielmehr aus seiner Phantasie ein solches zusammen. Die Züge entsprechen alsdann aber nicht der Wirklichkeit. Der Simulant übertreibt und mischt falsche Farben mit unter. Er will z. B. den Verrückten, den Narren spielen und stellt sich an, als ob er die an ihn gerichteten Fragen nicht verstehe oder die vor ihm stehenden Personen nicht erkenne. Er weiss eben nicht, dass Perception und Apperception in diesen Formen nicht in solcher Weise gestört sind. Oder er giebt auf Fragen zwar Antworten, welche erkennen lassen, dass er ganz bei Besinnung ist, schwatzt aber nebenbei wirren Unsinn durcheinander, wie er in Zuständen mit erhaltenem Bewusstsein überhaupt nicht producirt wird.

6. Einzelne kleine Züge helfen gelegentlich die Diagnose sichern. So vermeidet es der, welcher Tobsucht simulirt, sehr wohl, sich wehe zu thun, und ein kothschmierender Simulant weiss es so einzurichten, dass er selbst möglichst wenig belästigt wird, er schmiert sparsam und nicht mit der unbefangenen Rücksichtslosigkeit des Paralytikers.

Beachtet man diese Punkte, so wird man in seinem Urtheil kaum fehlgehen. Freilich aber soll man sich stets gegenwärtig halten, dass Geisteskrankheiten häufig auch, namentlich bei

Belasteten, atypisch verlaufen, und soll deshalb nicht allzuviel Wert auf Nichtübereinstimmung der Symptome mit den klassischen Krankheitsbildern legen. Die individuellen Verschiedenheiten sind so gross, dass jeder Fall seine eigenen Züge aufweist und keiner dem anderen gleicht, auch wenn er derselben Gruppe angehört. Deshalb achte man hanptsächlich auf die etwa dargebotenen Elementarformen, und prüfe diese auf ihre Naturwahrheit.

Wichtig ist es für den Arzt, sich von vornherein mit dem der Simulation Verdächtigen auf den richtigen Fuss zu stellen. Das Verhältniss sei das des Arztes dem wirklichen Kranken gegenüber. Er vermeide es, demselben seinen Verdacht merken zu lassen, damit sich nicht ein Wettstreit, wer den andern zuerst überlisten könne, entspinnt. Ruhig und unbefangen beobachte er die Gesammtpersönlichkeit, fälle nach bestem Ermessen sein Urtheil, und sage es alsdann, wenn es auf Simulation lautet, dem Simulanten auf den Kopf zu, lasse sich auch in keine weiteren Erörterungen mit ihm ein.

Sechsundzwanzigstes Kapitel.

Die öffentliche Irrenfürsorge. Die Fortschritte der Irrenpflege. Die Verbringung des Kranken in eine Irrenanstalt.

Die Irrenpflege, wie wir sie heute verstehen, ist eine Frucht fortgeschrittener Humanität, also ein modernes Erzeugniss. Krankenpflege hat es schon im Mittelalter gegeben, aber die Irrenpflege ist in der Hauptsache ein Kind unsrer und der unmittelbar hinter uns liegenden Zeit. Es ist nicht schwer, den Grund der früheren Vernachlässigung einzusehen. Das Mittelalter verkannte ganz und gar den untrennbaren Zusammenhang zwischen Geist und Körper und betrachtete ersteren als etwas ausserhalb und über dem Körper Stehendes, das selbstständig erkranken könne. Demgemäss gestalteten sich auch die Vorstellungen über das Irresein. Die Geisteskranken, welche man lediglich nach ihren Reden und Handlungen beurtheilte, galten grösstentheils als boshafte und moralisch verderbte Menschen, als solche, die vom wahren Glauben abgefallen waren, als Besessene und dem Teufel Verfallene. Es war die Zeit, wo auch der wüste Hexenaberglaube seine Blüthen trieb.

So gab es, von geringen hier und da auftauchenden Anfängen abgesehen, keine Irrenpflege. Tobsüchtige warf man mit Ketten belastet in finstere Kerker, wo sie in Schmutz und Elend verkamen, ruhige Schwachsinnige und solche, deren Wahnideen nicht gerade gegen die herrschenden Zeitanschauungen verstiessen,

liess man einfach laufen, oder gab ihnen ein kümmerliches Asyl in Klöstern und Siechenhäusern. Viele kamen auf den Scheiterhaufen. Etwas milder waren freilich die Sitten und Anschauungen allmählich geworden. Man fing an, sich der Irren anzunehmen, aber allerdings in sehr unzulänglicher Weise. Man sammelte die Lästigen und Gemeingefährlichen und sperrte sie in besondere Abtheilungen von Zucht-, Werk- und Arbeitshäusern, oder man baute Tollhäuser und Narrenthürme, wo sie zu oft nur der rohen Neugier und Spottlust des ungebildeten Pöbels preisgegeben waren.

Es war um die Mitte des 18. Jahrhunderts, als in England die ersten zielbewussten und nachhaltigen Anfänge einer verständigen Irrenpflege gemacht wurden. Nachdem schon im Jahre 1754 zu St. Lukas in London eine Irrenanstalt entstanden war, errichteten im Jahre 1765 die Quäker zu York unter dem Namen „Retrait“ ein noch heute bestehendes Asyl, und zwar mit dem ausgesprochenen Zwecke, Geisteskranke zu heilen, was deswegen bemerkenswerth erscheint, weil merkwürdiger Weise die Erfahrung, dass Geisteskranke heilbar sind, noch gar nicht gemacht oder wieder verloren gegangen war. Ferner ist es als ein grosses Verdienst dieses Unternehmens zu bezeichnen, dass schon damals ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, Geisteskranke würden am Besten nicht durch moralischen Zwang, sondern durch körperliche Pflege, gute Kost, frische Luft, reines Wasser, kurz, was wir heutzutage die sanitären Bedingungen nennen würden, hergestellt. Dieses Beispiel blieb nicht ohne Nachahmung, und bald entstanden in England, in Schottland und in Frankreich zahlreiche Irrenanstalten.

In Deutschland konnte man erst nach den Stürmen der napoleonischen Zeit daran denken, dem Beispiele der westlichen Nachbarn und anderer Kulturstaaten zu folgen. Erst im Jahre 1817 wurde die erste deutsche Irrenanstalt, und zwar auf dem Sonnenstein im Königreiche Sachsen errichtet. Im Laufe der Zeit folgten dann auch die anderen Staaten und Provinzen nach Massgabe des erkannten Bedürfnisses.

Hiermit war allerorten zuerst der Grund nicht blos zu einer menschlichen Behandlung der Irren, sondern auch zur psychiatrischen Wissenschaft gelegt. In baulicher und administrativer Beziehung waren die Anstalten natürlich von verschiedenem Werthe. In der ersten Zeit pflegte man sie wohl gern in alten aufgehobenen Klöstern und ähnlichen Gebäuden, die in hygieinischer Beziehung unseren heutigen Ansprüchen nicht mehr genügen würden, anzusiedeln, und erst in neuerer Zeit, wo die zunehmende Zahl der Geisteskranken zur Vermehrung der Anstalten drängte, fing man an, besondere Gebäude zu errichten, oft wahre Paläste voll Behaglichkeit und Eleganz, immer aber mit den neusten Errungenschaften der Wissenschaft und Technik

ausgestattet. Eine Reihe tüchtiger, selbst ausgezeichneter Aerzte stand an der Spitze derselben. Unter ihrer Pflege entwickelte sich auch die Irrenheilkunde, welche bisher isolirt, ja missachtet dagestanden hatte, zu hoher Blüthe.

In diese Periode, welche man auch die Periode der grossen geschlossenen Anstalten nennen könnte, fällt ein neuer, wesentlicher Fortschritt, der wiederum von England ausging, nämlich die Beseitigung der mechanischen Zwangsmittel. Der englische Irrenarzt Conolly stellte zuerst in den dreissiger Jahren dieses Jahrhunderts den Grundsatz auf, Zwangsmittel, bei Geisteskranken angewandt, seien nicht blos entbehrlich, sondern selbst schädlich. Die Gründe, warum man früher nicht ohne Zwangsmittel auskommen zu können glaubte, sind unschwer zu finden. Zunächst war es die Tobsucht und die Gemeingefährlichkeit mancher Irren, gegen die man diese selbst und ihre Umgebung schützen wollte. Man kannte aber kaum andere, als mechanische Mittel zur Bekämpfung dieser Zustände. Narkotica gab es noch bei Weitem nicht in der Zahl, wie heute, noch weniger waren die Anzeigen für ihren Gebrauch festgestellt, und endlich war auch die Erfahrung, dass auch Tobsüchtige sich nirgends besser, als im Bett beruhigen lassen, noch nicht gemacht worden. Zugleich wurden die Zwangsmittel aber auch als Strafmittel benutzt, was gleichfalls nicht Wunder nimmt, wenn man eine Zeit ins Auge fasst, wo man noch des Glaubens lebte, durch psychische Einwirkungen viel erreichen zu können. Die Nachtheile der Zwangsbehandlung sind aber nicht blos körperlicher Natur, namentlich durch Behinderung der Athmung und des Blutkreislaufes, sondern auch in psychischer Beziehung sind sie verwerflich. Denn sie tragen den Stempel des den Kranken Entwürdigenden und moralisch Erniedrigenden an sich. Erst durch die Abschaffung der Zwangsmittel sind die Irren-Anstalten, denen früher noch vielfach etwas an Correktionshäuser Erinnerndes anhaftete, zum Range wirklicher Kranken-Anstalten erhoben worden.

Obgleich dieses segensreiche System der zwangsfreien Behandlung, welches man auch nach dem Englischen das No-restraintsystem (no restraint = kein Zwang) nennt, in seinem Vaterlande England sich rasch ausbreitete, dauerte es doch geraume Zeit, bis es auch auf dem Festlande, namentlich in Deutschland, gebührende Würdigung fand. Jetzt ist es wohl fast überall Gemeingut der deutschen Irrenärzte geworden. Aber freilich genügt es nicht allein, die Zwangsjacke zu verbannen. An Stelle der mechanischen Mittel muss lebendige menschliche Kraft, nicht Muskelkraft, sondern die seelischen Kräfte der Hingebung an seinen Beruf, Umsicht und Geistesgegenwart treten. Darum wird diese Methode ihre volle Wirksamkeit auch nur da entfalten, wo ein diesen Erfordernissen entsprechendes Pflegerpersonal zur Verfügung steht.

Ein weiterer wesentlicher Fortschritt der Irrenpflege während der letzten Jahrzehnte bestand in der Heranziehung der sogenannten freien Verpflegungsformen. In den alten geschlossenen Irren-Anstalten pflegte man ohne Unterschied alle Arten von Irren unterzubringen, akut und chronisch Kranke, ruhige Blödsinnige, körperlich Sieche und rüstige Arbeiter. Höchstens, dass man gesonderte Anstalten für voraussichtlich Heilbare und für Unheilbare, sogenannte reine Heil- oder reine Pflege-Anstalten schuf, was dem wirklichen Bedürfniss auch nicht entgegenkam. Aber man vermochte sich doch auf die Länge der Wahrnehmung nicht zu verschliessen, dass nicht alle Kranke gleich „gefährlich", ja, dass dies die meisten Kranken überhaupt nicht sind, und dass darum auch nicht alle der bisher geübten strengen Abschliessung bedurften. Man machte mit der Zeit die Erfahrung, dass für viele Kranke die Abschliessung, die geschlossene Disciplin und der Mechanismus der Anstalt nicht nur überflüssig, sondern auch störend und schädlich sei. Dies Alles, zusammen mit der allmählich erstarkenden Erfahrung von der erhaltenden und ableitenden Kraft der Arbeit, sowie, dass die meisten Kranken viel mehr Freiheit vertragen können, als man ihnen bisher zugetraut hatte, endlich die Rücksicht auf die bei dem bisherigen System immer lästiger sich fühlbar machenden Ueberfüllung der Anstalten, führte mit der Zeit zu den sogenannten freien Verpflegungsformen. Das Wesen derselben besteht darin, dass sie sich ausserhalb der geschlossenen Anstalten vollziehen. Man kennt folgende zwei Arten: die landwirthschaftliche Kolonie und die familiale Verpflegung. Unter letzterer ist jedoch nicht die Verpflegung in der eigenen Familie des Kranken zu verstehen, sondern solche in fremden Familien, deren eine grössere Anzahl in einer Ortschaft wohnen, sodass auch hier eine Art zerstreuten Colonialsystems entsteht. Unter einer landwirthschaftlichen Colonie versteht man ein grösseres oder kleineres Landgut, welches ganz oder grösstentheils von Irren bearbeitet wird. Während in der ersten nur rüstige männliche Arbeiter, welche hauptsächlich in den Kategorien der Leicht-Schwachsinnigen, Hallucinanten und Paranoiker zu suchen sind, aufgenommen werden, ist die zweite für harmlose Verrückte und Blödsinnige beiderlei Geschlechts, die zu schwerer Landarbeit meist unfähig sind, bestimmt. Die geschlossene Anstalt verbleibt alsdann für die frischen heilbaren Fälle, ferner für gemeingefährliche und endlich für körperlich sehr hinfällige Kranke. Da jede dieser drei Verpflegungsformen ihre besondere Aufgabe zu erfüllen hat, so entspricht die Vereinigung aller drei Systeme zu einem Ganzen am besten den Anforderungen der modernen Irrenpflege. Jedenfalls dürfen die freien Verpflegungsformen nur im Anschluss an eine geschlossene Anstalt errichtet werden. Die landwirthschaftlichen Kolonien sind in Deutschland schon sehr

vielfach vertreten, weniger die familiale Verpflegung, welche letztere hauptsächlich in Schottland, ferner auch in dem bekannten belgischen Dorfe Gheel Anwendung gefunden hat. Auch auf das innere Leben der geschlossenen Anstalten sind die freien Verpflegungsformen nicht ohne wohlthätigen Einfluss geblieben. Denn von einem grossen Theil der chronischen Unheilbaren, d. h. überflüssigen und hemmenden Elementen entlastet, können sich dieselben auch voller und freier zu dem entfalten, was sie ihrer ganzen Bestimmung nach nur sein dürfen, zu Kranken-Heilanstalten.

In diesem Bestreben nach Theilung ist man noch einen Schritt weiter gegangen. Die Rücksicht auf den innigen Zusammenhang zwischen reinen Nerven- und Geisteskrankheiten hat zur Errichtung von offenen Heilanstalten für Gemüths- und Nervenkranke geführt. Auch dies ist als ein Fortschritt zu begrüssen. Denn für die socialen Beziehungen des Genesenen ist es keineswegs ganz gleichgiltig, ob sie Aufenthalt in einer „Irrenanstalt" oder einer „Nervenheilanstalt" genommen haben, und es steht Nichts im Wege, solchen berechtigten Empfindungen, soweit es mit dem Heilzwecke vereinbar ist, Rechnung zu tragen.

Die Ansprüche an die Leistungsfähigkeit der öffentlichen Irrenfürsorge haben mit den steigenden Ergebnissen genauerer Irrenzählung gleichen Schritt gehalten und sind selbst in stetem Steigen begriffen. Während man vor etwa 20 Jahren 3 pr. Mill. Geisteskranke auf die Bevölkerung zählte, wovon etwa 1 pr. Mill. der öffentlichen Fürsorge zur Last fiel, zählt man jetzt 5 pr. Mill. mit 3—4 pr. Mill. öffentlich zu Versorgender. Dazu tritt der Umstand, dass die Anstalten, je besser sie geworden und je mehr sich die Volksvorurtheile gegen sie gemindert haben, auch desto mehr aufgesucht werden.

Einen Theil der öffentlichen Fürsorge haben den staatlichen Verbänden die Privatanstalten abgenommen, die in reicher Zahl unter bewährten Leitern über ganz Deutschland verstreut sind. Ursprünglich nur für die besseren Klassen bestimmt und den Charakter geschlossener Anstalten bewahrend, haben sich in letzter Zeit einige derselben auch dem Kolonialsystem zugewandt und beschäftigen arbeitsfähige Irre, die ihnen von den Provinzial-Anstalten zugewiesen werden, mit landwirthschaftlichen Arbeiten.

Die Irrenanstalt dient also zur Aufnahme heilbarer und gemeingefährlicher Kranker, nebenbei auch solcher Personen, welche behufs Begutachtung zu richterlichen und Verwaltungszwecken einige Zeit beobachtet werden sollen.

Es erhebt sich nun die Frage, wann und wie soll der Kranke in die Anstalt gebracht werden? Als Regel darf es wohl ein für allemal feststehen, dass die Anstalt für jeden Heilbaren der passendste Aufenthalt ist. Die Fälle, in denen der Kranke auch

in seiner Wohnung alle wesentlichen Heilkräfte, die einer Anstalt zu Gebote stehen, sich verschaffen kann, sind nur sehr selten und auch dann nur in den höchsten Lebenskreisen zu finden. Allerdings kommt es vor, dass Geisteskranke, selbst wenn sie nicht in so ausnahmsweise günstigen Verhältnissen leben, ausserhalb einer Anstalt genesen. Aber dann erfolgt die Genesung nicht weil, sondern obgleich der Kranke in keine Anstalt verbracht wurde.

Der Begriff der Gemeingefährlichkeit fasst man, wenn es sich um die Unterbringung eines Kranken handelt, zweckmässiger Weise so weit als möglich. Man versteht unter einem gemeingefährlichen Irren nicht blos einen solchen, der bereits schwere Handlungen gegen sich oder seine Umgebung begangen hat, sondern auch einen solchen, von dem solche Handlungen bei der Natur seines Leidens zu erwarten stehen. Da dies auch bei akuten Affektkrankheiten, ja bei diesen insbesondere zutrifft, so sind heilbare Kranke zugleich oft gemeingefährlich.

Folgende Umstände sind für die Verbringung des Kranken in eine Anstalt massgebend:

1. Wenn melancholische Verstimmung mit grosser Unruhe, Versündigungsideen und starkem Ernährungsrückgange einhergeht.

2. Wenn maniakalische Verstimmung oder Grössenideen eines Paralytikers zu groben Ausschreitungen oder zu Käufen und Spekulationen, wodurch das Vermögen gefährdet wird, Veranlassung giebt.

3. Wenn Selbstmordneigung vorliegt.

4. Wenn Nahrungsverweigerung vorliegt.

5. Wenn tobsüchtige Aufregung vorliegt.

6. Wenn befehlende Hallucinationen und befehlende Zwangsvorstellungen vorhanden sind.

7. Wenn die Wahnideen eines Paranoikers derart beschaffen sind, dass sie zu Abwehrhandlungen, die einen gemeingefährlichen Charakter annehmen können, drängen.

8. Wenn die häuslichen Verhältnisse überhaupt die Pflege nicht mehr gestatten.

In der Irrenanstalt findet der Kranke Alles zu seiner Herstellung Dienliche. Zunächst erweist sich schon die Versetzung aus ungeeigneten häuslichen Verhältnissen, aus einem unruhigen die Aufregung steigerndem Leben in ruhige geordnete Verhältnisse sehr wohlthätig. So bewährt sich die Anstalt an sich schon als direktes Heilmittel.

Ausserdem findet der Kranke dort Schutz vor Gefahren, die er sich selbst bereitet, namentlich vor Selbstmord und Vermögensverlust. Er findet auch, so seltsam dies auch klingen mag, oft mehr Freiheit, als zu Hause, wo man nur zu leicht geneigt ist, aus einem Extrem in das andere zu fallen, und dem Kranken bald allen Willen lässt, bald ihn aus übertriebener Aengstlichkeit zu sehr einengt. Er kann sich einigermassen gehen lassen, ohne

auf Schritt und Tritt kritisirt, moralisirt und korrigirt zu sehen. Er findet nicht blos Wohlwollen, sondern auch verständnissvolle Schonung.

Der Arzt soll sich rechtzeitig entscheiden und nicht kostbare Zeit ungenützt verstreichen lassen. Er spreche aber, bevor er zu einem Entschluss gekommen, dem Kranken überhaupt nicht von der Anstalt und halte ihm die Aussicht auf eine solche nicht gewissermassen als Drohung vor Augen. Hat man sich aber einmal entschlossen, so erkläre man, nachdem alle Vorbereitungen erledigt, kurz vorher dem Kranken zwar rücksichtsvoll, aber fest und bündig die vorliegende Nothwendigkeit. Meist nimmt der Kranke eine solche Eröffnung viel ruhiger auf, als befürchtet wurde. Widerspricht er, so hüte man sich zu parlamentiren und seine freie Zustimmung erlangen zu wollen, sondern spreche von der Massregel stets als von etwas unabänderlich Abgemachten.

Namentlich verfalle man nie in den Fehler, aus falscher Rücksichtnahme oder um sich und dem Kranken eine Scene zu ersparen, die Hand dazu zu bieten, dass der Kranke mit List und unter falschen Vorspiegelungen in die Anstalt verbracht werde. Vielmehr bedenke man, wie schädlich das durch ein solches Verfahren geweckte Misstrauen auf den ohnehin rathlosen Kranken wirken muss, wie schwer beeinträchtigt sogar möglicherweise der ganze Genesungsprocess dadurch werden kann. Mancher geheilte Kranke hat aus diesem Grunde zeitlebens Groll und unbesiegbares Misstrauen gegen Arzt und Angehörige zurückbehalten. Bei thätlichem Widerstande, und wenn einige ruhige beschwichtigende Worte keine Wirkung haben, scheue man sich nicht, offene Gewalt anwenden zu lassen. Sie kann von verständigen Begleitern bald gemildert werden und hinterlässt keinen Groll im Gemüthe des Kranken.

Siebenundzwanzigstes Kapitel.

Die Behandlung der Geisteskranken.

Die Behandlung der Geisteskranken gehört zu den esoterischen Dingen, die wohl erlernt, aber nicht gelehrt werden können.

Als Grundlage der geistigen Störungen dienen körperliche. Es liegt also der Schluss nahe, dass erstere zu gesetzmässigem Verhalten zurückkehren müssen, sobald es gelingt, letztere zu beseitigen. Zuweilen ist dies in der That auch der Fall. So sind wir im Stande, Erschöpfungspsychosen zu heilen, indem wir den Ernährungszustand des Körpers, beziehungsweise des Gehirns, so weit heben, dass letzteres wieder normal funktioniren kann. Wir können peripherische Nervenleiden, z. B. Neuralgien und Pruritus der Geschlechtstheile, vorausgesetzt, dass wir sie als

Ursache auch wirklich erkennen, erfolgreich bekämpfen und dadurch auch die diesen Zuständen folgenden Gemüthserregungen beseitigen. Gifte scheiden wir durch unser Heilverfahren aus und entlasten so direkt den auf Gehirn und Geist lastenden Druck.

Aber freilich allzuhäufig gestatten uns die Verhältnisse diesen bequemen Weg nicht. Bei vielen Geisteskrankheiten kennen wir zwar die körperliche Ursache, d. h. die pathologisch-anatomische Grundlage, aber wir sind nicht im Stande, sie zu beseitigen. Dies gilt unter Anderem für die meisten idiopathischen Gehirnkrankheiten. Bei einer noch grösseren Anzahl kennen wir nicht einmal die körperliche Grundlage, sondern wir setzen deren Vorhandensein nach logischen Gesetzen nur voraus, z. B. bei den meisten Formen der Paranoia. Bei wieder anderen darf man nicht als Ursache ansehen, was im Grunde nur Begleiterscheinung ist. So ist z. B. der schwere Magencatarrh bei frischen Melancholien nicht Ursache derselben, sondern nur körperliches Zeichen der auch jener zu Grunde liegenden schweren trophischen Störung.

So sehen wir uns denn in sehr vielen Fällen bezüglich einer somatischen Heilmethode zur Unthätigkeit verurtheilt oder lediglich auf symptomatische Behandlung beschränkt.

Noch weniger direkte Ergebnisse liefert die sogenannte psychische Heilmethode. Denn auf körperliche Zustände können wir seelischen Thätigkeiten, zu denen wir vor Allem wohl Gemüthsbewegungen und Vorstellungen zu rechnen haben würden, nur einen sehr beschränkten Einfluss zugestehen. Noch schwerer aber, jedenfalls noch nicht erfunden ist die Kunst, die genannten Thätigkeiten zu Heilzwecken nach dieser Richtung hin in Bewegung zu setzen. Allerdings, dass sie auf das vasomotorische System, mithin auch auf die Blutvertheilung im Gehirn, wirken, ist sicher. Aber feste Krankheitsprodukte, Ausschwitzungen u. dergl. zu beseitigen, sind sie selbstverständlich ohnmächtig.

Und doch ist die psychische Behandlung in vielen Punkten noch wichtiger, als die medikamentöse, hygieinische, physikalische oder sonst wie geartete körperliche Heilmethode. Denn sie erfüllt vor Allem den Zweck, weitere psychische Schädlichkeiten zu verhüten, zur rechten Zeit auf die Vorstellung zu wirken, krankhafte Ideenauswüchse zu beschränken, den abspringenden Gedankengang in geordnete Bahnen zu lenken und mit dem Vertrauen auf die dargebotene Hülfe auch Selbstvertrauen wiederzugewinnen. Körperliche und psychische Heilmethode müssen sich übrigens vielfach zu bestimmten Zwecken, z. B. um dem Hauptzweck aller Irrenbehandlung, Beruhigung, zu genügen, die Hände reichen.

Eine der wichtigsten Aufgaben des Irrenarztes ist aber die prophylaktische. Hier schreitet seine Thätigkeit aus dem Rahmen individueller Krankenbehandlung heraus und erhebt sich zu höherer socialen Bedeutung. Indem der Irrenarzt die Ursachen des Irre-

seins erkennen und ihnen vorbeugen lehrt, leistet er der ganzen Menschheit seine Dienste.

A. Die Verhütung des Irrewerdens.

Die Verhütung des Irrewerdens ist nicht blos individuell zu verstehen, sondern hat schon die nachfolgende Generation in's Auge zu fassen. Sie geht zum Theil in der Frage auf: Was haben wir zu thun, um einen kräftigen Nachwuchs zu erzielen?

Die Erblichkeitslehre ist hier von grosser, ja allein ausschlaggebender Bedeûtung. Um einen gesunden Nachwuchs zu erzielen, haben wir uns zunächst selbst gesund zu erhalten. Namentlich muss es unsere Sorge sein, die Anlage zur Nervosität, d. h. zu der leichten Inanspruchnahme und Anfälligkeit unseres Nervensystems, an der unsere Generation krankt, zu tilgen oder wenigstens zu mildern. Allerdings steht es nicht in unserer Macht, die allgemeinen Kulturanforderungen, von denen sie zum Theil abhängig ist, zu ändern oder zu ermässigen. Aber Auswüchse können wir beschneiden, und hierher gehört vor Allem der Missbrauch von Reizmitteln, namentlich von Spirituosen, welcher nicht blos auf uns, sondern auch auf unsere Nachkommen zerrüttend wirkt. — Alsdann sollen wir suchen, unseren ungemessenen Ansprüchen an das Leben und den Lebensgenuss Zügel anzulegen. Wir sollen wieder zufrieden im bescheidenen Genuss der Gegenwart leben lernen. — Endlich sollen wir nicht aufhören, an uns selbst die bessernde Hand anzulegen, unsere Affekte zu beherrschen, unsere Fehler abzulegen, unsere Vorzüge zu entwickeln. Denn wir müssen bedenken, dass auch der auf solche Weise erworbene, beziehungsweise verbesserte Charakter sich als Charakteranlage auf unsere Nachkommen vererbt. Hier begegnet sich die Erblichkeitslehre mit der allgemeinen Morallehre, welche letztere ihre Wirkung nicht mehr blos in eudämonistischer Weise auf das einzelne Individium beschränkt, sondern sich zur Menschheitsbeglückerin erhebt.

Ferner ist bei der Verheirathung auf die Lehren der Erblichkeit gebührend Rücksicht zu nehmen. Schon die Liebeswahl erweist sich wichtig. Dieselbe geschieht, wenn auch bewusster Weise, doch nach unbewusst wirkenden Zweckmotiven. Letztere gehen vornehmlich auf die Erzielung möglichst vollkommener Nachkommenschaft aus, was dort am besten erreicht wird, wo die Eigenschaften der Eltern sich am vollkommensten harmonisch ergänzen. Deshalb richtet sich die Liebeswahl nicht blos nach Alter, Gesundheit, Wuchs und Schönheit, sondern auch nach den seelischen Eigenschaften. Es gilt dabei das Gesetz, dass jedes Geschlecht von denjenigen ergänzenden Eigenschaften angezogen wird, die es an dem anderen Theile in verhältnissmässig grösster Vollkommenheit zu erblicken glaubt. So schätzt

der Mann am Weibe hauptsächlich den Verstand, letzteres am ersteren hingegen die Charaktereigenschaften. Es hängt dies wiederum damit zusammen, dass die Vererbung der Intelligenz mehr von der Mutter, die des Charakters mehr vom Vater abhängt. So ziehen auch entgegengesetzte Temperamente einander an, überhaupt gerade diejenigen körperlichen und geistigen Eigenschaften, die dem wählenden Theile abgehen. Darum pflegt auch aus wirklichen, nach diesen Motiven geschlossenen Liebesheirathen, wobei den Liebenden der geheime Naturzweck ganz im Verborgenen bleibt, die verhältnissmässig beste Nachkommenschaft zu erwachsen. Diese günstigen Erfahrungen erstrecken sich auch auf ganze Völker, wie die Deutschen, Engländer und Skandinavier, wo noch Liebesheirathen im Schwange sind, gegenüber den Convenienzheirathen der Franzosen zu beweisen scheinen. — Thatsächlich wird der Arzt nicht in die Lage kommen, in solchen Dingen Rath zu ertheilen. Aber es ist gut, wenn er darum Bescheid weiss.

Das zweite Hauptmittel, eine geistig gesunde Nachkommenschaft zu erzeugen, besteht in der Verhinderung der Vererbung von Krankheitsanlagen. Das radikalste Mittel wäre natürlich, dass Personen, welche an gewissen durch Vererbung sich fortpflanzenden Uebeln leiden, der Ehe entzogen würden. Hieran ist natürlich nicht zu denken. Bezüglich der Geisteskrankheiten bestände ausserdem noch die Schwierigkeit hauptsächlich darin, unheilbare jedesmal auch zu erkennen. Gesundheitliche Rücksichten sind in solchen Dingen überhaupt nicht die einzigen, welche in Frage kommen. Wahre oder falsche Leidenschaft setzt sich leicht darüber hinweg, und wo andere Vortheile dafür einzutauschen sind, kommen sie erst recht nicht in Frage. Aber mitunter wird hier doch der Arzt zu Rathe gezogen werden. Derselbe möge alsdann folgende Punkte im Auge behalten: Sehr bedenklich ist die Verbindung mit Personen, die schon geisteskrank gewesen sind, auch mit Familien, in denen Geisteskrankheit oder Epilepsie oder andere schwere Nervenleiden in direkter Ascendenz vorgekommen, – ferner auch mit Familien mit schweren constitutionellen Leiden auf vegetativem Gebiete, wie Tuberkulose, Krebs, Zuckerharnruhr, weil die Kranken ihrer Nachkommenlchaft oft mindestens die Anlage zu reizbarer Schwäche hintersassen. Weiter ist vor Familien zu warnen, in denen ausschweifende Neigungen, oder verkommene Genies, oder starke Einseitigkeiten oder schwere Charakterfehler zu Hause sind, — endlich aber mit besonderem Nachdruck vor der Verbindung mit Kindern trunksüchtiger Eltern.

Die individuelle Verhütung hat den Zweck, eine bestimmte Person vor dem Irrewerden zu behüten. Thatsächlich werden solche Fälle nur bei erblich Belasteten oder bei solchen, welche eine solche Belastung und späteres Irresein befürchtenlassen, vorkommen.

Hier hat die nach ärztlichen Grundsätzen geleitete Erziehung Alles zu leisten. Im ersten Lebensjahre also vollkommene Säuglingshygieine nach den bewährten Grundsätzen, später eine abhärtende, jedoch ohne Uebertreibung durchgesetzte Lebensweise, ausreichende Hautpflege, reizlose Diät, unter Vermeidung von Thee und Kaffee, sowie selbstverständlich aller Spirituosen, Uebung der Muskulatur durch Turnen, Spielen, Schwimmen. Man achte auf die Zeit des ersten Zahnens, wo sich leicht Gehirnreizungen kundgeben. Namentlich aber übe man Vorsicht in der Pubertätszeit, wo auch körperliche Krankheiten leicht den Anstoss zu späterer geistiger Erkrankung geben können.

Was die geistige Erziehung anbetrifft, so lasse man die Intelligenz nicht zu früh in Anspruch nehmen. Man warne daher vor zu zeitigem Schulbesuch und vor Ueberanstrengung. Für ein solches Kind ist das gewöhnliche Schulpensum nicht gemacht. Es muss sich Zeit lassen und langsam die Klassen durchlaufen dürfen. — Die Erziehung des Charakters ist von nicht minderer Wichtigkeit. Frühzeitig gewöhne man das Kind an Ordnung, Folgsamkeit und Ausdauer. Man kräftige die Selbstbeherrschung, indem man weder Launen noch schwere Affekte aufkommen lässt; man zeige dem Kinde Liebe, um es selbst an solche zu gewöhnen, man unterdrücke egoistische Anschauungen und Strebungen, befördere dagegen solche, die auf fremdes Wohl abzielen. Nicht selten wird es nöthig sein, das Kind dem verderblichen Einflusse seiner natürlichen Erzieher, wenn dieselben nämlich selbst geistig belastet sind, zu entziehen. Dann eignet sich eine Stelle bei einem bewährten Erzieher, allein oder mit wenigen anderen Kindern, besser als die Massenerziehung in einem Pensionate.

Die Berufswahl muss verständig getroffen werden. Am besten wird meist der Beruf sein, zu dem sich nicht blos eine flüchtige Neigung, sondern auch ausgesprochene Begabung findet. — Für das spätere Leben bleibt im Grunde nur eine Lehre übrig — nämlich Vermeidung aller auf die Körperkonstitution und insbesondere auf das Gehirn, einwirkenden Schädlichkeiten.

B. Die somatische Behandlung.

Die somatische Behandlung der ausgebrochenen Krankheit kann verschiedene, mehr oder weniger direkte Wege einschlagen. Unter folgendem Schema werden sich alle vereinigen lassen:

1. Die specifische Heilmethode. Sie will direkt heilen, indem sie von der Aufhebung der Ursache auch das Erlöschen der Wirkung erwartet. Sie geschieht

a) durch Darreichung sogen. specifischer Mittel, namentlich des Quecksilbers bei luetischem Irresein, der bezüglichen Antidote bei Bleivergiftung u. s. w.;

b) durch Entziehung gewohnter Gifte, namentlich des Alkohols

und des Morphiums. Die Entziehung kann sehr wirksam sein und zur endgültigen Genesung führen, vorausgesetzt, dass sie nicht vorübergehend geübt, sondern vom Kranken zur Lebensregel erhoben wird.

2. Die kräftigende Heilmethode. Die kräftigende (tonisirende) Heilmethode hat mit der folgenden, der beruhigenden, manche Massregel gemeinsam. Sie zerfällt in

a) Die diätetische Behandlung. Die Bettruhe ist das wichtigste aller diätetischen Heilmittel.

Dass Geisteskranke der Ruhe bedürfen, ist einer der ältesten psychiatrischen Grundsätze. Aber man darf ihn nicht blos einseitig auf die geistige Sphäre beziehen. Gerade die Körperruhe, d. h. die horizontale Lage im Bett, ist ungemein wichtig. Sie regelt den Blutkreislauf, verhindert oder verringert Gehirnanämien, vermindert die Sinnesreize, hält den Wärmeverlust und den Kräfteverfall auf. Dies ist auch bei allen frischen Erkrankungen wohl erklärlich, wenn man bedenkt, dass das tiefe Mitergriffensein der somatischen Sphäre sich hierbei stets durch oft sehr beträchtliche Körpergewichtsabnahme zu erkennen giebt. Schon aus diesem Grunde gehören alle frisch Erkrankten, ebenso wie körperlich Kranke, in's Bett.

Die Bettruhe aber erweist sich zugleich auch als ein Hauptberuhigungsmittel für das gereizte Gehirn. Wo sie, wie dies in Irrenanstalten, welche mit ausreichendem Pflegerpersonal ausgestattete Wachtabtheilungen besitzen, der Fall ist, durchgeführt werden kann, ersetzt sie, sogar bei Tobsüchtigen, die bisher meist noch übliche Isolirung.

Die Kost ist in allen Erschöpfungspsychosen von grösster Wichtigkeit. Sie sei nährend und leicht verdaulich zugleich. In Anstalten spare man nicht mit Verordnung von Extradiäten.

Die Hautpflege darf nicht vernachlässigt werden. Sie erweist sich, da die Haut ein den Stoffwechsel regulirendes Organ ist, bei allen mit Ernährungsstörungen einhergehenden Psychosen schon aus allgemein hygienischen Gründen von grossem Nutzen. Fast noch unentbehrlicher aber ist sie bei Gelähmten, Blödsinnigen, Paralytikern und dergleichen herabgekommenen, chronischen Kranken. Hier hilft unausgesetzte Reinlichkeit dem brandigen Aufliegen, und damit weiterem Kräfteverfall, vorbeugen.

b) Die Behandlung durch physikalische Mittel. Die Eigenwärme, welche bei manchen Kranken oft tief gesunken ist, muss durch Zubettliegen und Zufuhr weiterer äusserer Wärmequellen (Wärmflaschen u. dergl.) sorgfältig erhalten werden.

Kälte, in Form von Eis auf den Kopf, wird bei allen fieberhaften und Kongestionszuständen mit grossem Nutzen angewendet.

Die Elektrizität wirkt als Reiz- und als Beruhigungsmittel,

ersteres hauptsächlich als Faradisation atrophischer und paretischer Muskeln, letzteres bei Neuralgien als konstanter Strom. Auch die allgemeine Faradisation wird als kräftiges Erregungs- und Stärkungsmittel angewandt. Ueber die Elektrizität als diagnostisches Hülfsmittel s. Kap. 23.

Die Massage dient gleichfalls zur Kräftigung schlecht ernährter Muskeln. Mitunter erweist sie sich auch als gutes allgemeines Reizmittel bei melancholisch-torpiden Zuständen.

c) Die medikamentöse Behandlung besteht in Darreichung der bekannten Tonica, namentlich des Chinins und des Eisens.

3. Die beruhigende Heilmethode.

a) Die diätetische Behandlung arbeitet grösstentheils mit denselben Mitteln wie die kräftigende Methode, also mit Ruhelage im Bett und guter Kost. Die Beruhigung erfolgt hier zumeist durch die Kräftigung des Körpers, beziehungsweise des schlecht genährten und daher überreizten Gehirns.

Bäder. Man giebt lauwarme Vollbäder von 26—27° R. Sie erregen die Hautnerven, erweitern die Hautgefässe, leiten dadurch auf die Peripherie ab und wirken so beruhigend und schlafmachend.

Kalte Fussbäder leiten durch die nachfolgende Erweiterung der Gefässe gleichfalls vom Kopfe ab und wirken so als Beruhigungsmittel.

Prolongirte, d. h. Vollbäder von mehrstündiger Dauer bei etwa 28° R., wirken wohl nur durch die nachfolgende Ermattung.

Kalte Einwickelungen von 4—5 stündiger Dauer erweisen sich als ein vortreffliches Beruhigungs- und Schlafmittel bei aufgeregten Kranken aller Art.

Isolirungen anzuwenden ist im Allgemeinen nicht rathsam. Denn sie sind geeignet, die Affekte, namentlich bei Melancholikern, die Hallucinationen und die tobsüchtige Erregung zu steigern. Der Kranke, sich selbst überlassen, verliert sich leicht ganz und gar, nimmt üble Gewohnheiten an, wird unrein u. s. w. Deshalb ist im Allgemeinen die gemeinsame Behandlung auf Wachtabteilungen bei Weitem vorzuziehen. Doch giebt es immerhin Fälle, wo sich eine zeitweise Isolirung von Nutzen erweist. Namentlich ist dies häufig in der Rekonvalescenz der Fall, nachdem der Kranke wieder zu sich gekommen ist und nun selbst nach Ruhe und Einsamkeit verlangt. In anderen, noch selteneren Fällen ist die Erregbarkeit durch Sinneseindrücke, z. B. durch Licht und Geräusche, so gesteigert, dass Dunkelheit und Einsamkeit als Beruhigungsmittel wirken. Niemals jedoch darf die Isolirung zu lange ausgedehnt werden und auch keine absolute sein. Der Kranke soll nicht einfach in einem Isolirraume beseitigt, sondern muss in demselben durch ständige oder ab- und zugehende Pfleger gepflegt werden.

b) Die medikamentöse Behandlung geschieht durch die narkotischen Heilmittel.

Von Alters her sind das Opium und sein Alkaloid, das Morphium, berühmt und bewährt. Doch entfalten sie ihre Heilwirkung nicht bei jeder Art der Erregung, sondern hauptsächlich in der Melancholie, besonders in den Angstaffekten und in frischen Fällen. Das Morphium besonders wird ausserdem gern angewendet bei gleichzeitigem Vorhandensein von Neuralgien, auch bei starken Hallucinationen, bei periodischen Erregungszuständen, überhaupt, wo es darauf ankommt, die Empfindlichkeit für innere oder äussere Reize herabzusetzen. Ihre Gegenanzeige finden beide Mittel in maniakalischen Zuständen, wo sie geradezu verschlimmernd wirken, ausserdem bei grosser Schwäche mit Neigung zu Collaps. Beiden Mitteln ist eine gefässverengernde, also direkt auf das vasomotorische System gerichtete Wirkung eigen. Speziell den verschiedenen Präparaten des Opiums rühmt man eine das Gehirn tonisirende Wirkung nach. Dagegen wirkt das Morphium kräftiger und zuverlässiger als direktes Beruhigungsmittel. Auch geht ihm die stuhlverstopfende Nebenwirkung ab.

Das Bromkali entfaltet seine Wirksamkeit ebenfalls in Fällen gesteigerter Erregbarkeit. Vornehmlich ist es in Reflexpsychosen, wo die Erregungsquellen vom erkrankten Genitalsystem ausgehen, von Nutzen. In der Epilepsie hat es sich gleichfalls bewährt.

Auch durch die verschiedenen Schlafmittel wird zeitweise Beruhigung erzielt (s. u.).

4. Die symptomatische Heilmethode. Sie richtet sich gegen einzelne hervortretende Erscheinungen, theils in der Absicht, dadurch Raum für andere Methoden zu schaffen und so indirekt auf den Krankheitsverlauf einzuwirken, theils, um Zustände, die eine ursächliche Bedeutung haben können, zu beseitigen, theils endlich, um unmittelbare Lebensgefahr abzuwenden. So suchen wir den hartnäckigen Magenkatarrh eines Melancholikers zu beseitigen, um die tonisirende Methode darauf folgen lassen zu können. Oder, wir wenden bei Neuralgien den konstanten Strom, bei Pruritus Cocaïn-Einpinselungen oder Antiphrodisiaka an, weil in diesen Zuständen möglicherweise die Ursache der Erkrankung zu finden ist. Oder wir wenden uns direkt gegen die Nahrungsverweigerung, weil bei längerem Gehenlassen Gefahr für das Leben zu fürchten ist.

Die wichtigsten Symptome, welche am häufigsten ein direktes Einschreiten erfordern, sind:

a) Die Schlaflosigkeit. Sie wird sehr wirksam durch die schon genannten kalten Einwickelungen bekämpft, ferner durch Regelung der Diät und, wo es angeht, durch Beschäftigung.

Als medikamentöse Heilmittel sind auch hier das Opium

und das Morphium, namentlich das letztere, bewährt. Ferner ist das Chloralhydrat zu nennen, welches namentlich im Anfange seines Gebrauches von Nutzen ist. In den letzten Jahren ist noch eine Fülle neuer Hypnotica hinzugetreten, so das Paraldehyd, das Hyosciamin und Hyoscin, das Sulfonal u. a. m. Alle diese Mittel erweisen sich unter Umständen sehr nützlich. Zu gegenseitiger fester Abgrenzung der Indikationen ist es aber noch nicht gekommen.

b) Die Nahrungsverweigerung ist eine lästige und gefährliche Erscheinung. Mitunter ist sie nur die Folge eines Magenkatarrhs oder sonstiger, mit Dyspepsie verbundener Zustände. Alsdann tritt sie nur vorübergehend auf und weicht oft einem einfachen, medikamentösen Verfahren.

Am öftesten wird sie bei Melancholischen beobachtet. Sie ist dann oft die Folge des auf dem gesammten geistigen Gebiete lastenden Druckes, oder bei Stuporösen der erschwerten Ideenbildung und der verlangsamten Umsetzung der Ideen in Handlungen. Solche Kranke brauchen eine lange Zeit, ehe sie überhaupt des eigenen Nahrungsbedürfnisses sich bewusst werden, ehe sie Zweck und Bedeutung der vor ihnen stehenden Speisen erkennen, und noch längere Zeit brauchen sie, ehe sie zum Zulangen kommen. Auch Hallucinationen und Wahnideen sind oft im Spiel. Die Kranken dürfen nicht essen, weil eine Stimme es ihnen verbietet, weil sie fürchten, die Speisen seien vergiftet, oder weil sie nicht würdig sind, überhaupt etwas zu geniessen. In solchen Fällen empfiehlt es sich oft, sich scheinbar gar nicht darum zu kümmern. Die Kranken essen alsdann wohl, wenn sie sich unbeobachtet glauben.

Die schwerste Form der Nahrungsverweigerung ist immer die, welche bei akuten Melancholischen zu dem begleitenden Magenkatarrh hinzutritt. Wie letzterer als somatisches Zeichen der tiefen, diese Krankheitsform auszeichnenden, Ernährungsstörung ist, so stellt sich die Nahrungsverweigerung als der Ausdruck der darniederliegenden Assimilationsfähigkeit des Organismus dar. Sie ist daher nicht allein Ursache, sondern auch Folge der Ernährungsstörung. Hier ist der Kräfteverfall zugleich ein rapider, und der Zeitpunkt, wo unbedingt zu künstlicher Ernährung zu schreiten ist, muss genau in's Auge gefasst werden. Selbstverständlich sind solche Kranke im Bett zu halten. Die Eigenwärme muss geschont und die Mundschleimhaut, welche sich rasch mit dickem, übelriechenden Belage bedeckt, peinlich rein gehalten werden. Vor dem achten Tage nach absoluter Enthaltung wird man kaum einzuschreiten nöthig haben. Man kann mit nährenden Klystiren anfangen, hat man aber einmal die Nothwendigkeit künstlicher Ernährung erkannt, so ist es nicht rathsam, sich lange dabei aufzuhalten, sondern besser, so-

fort zur Schlundsonde zu greifen. Das schonendste und auch leichteste Verfahren ist, die Sonde durch die Nase einzuführen. Doch achte man darauf, dass sie nicht in die Luftröhre gerathe. Torpide Kranke nämlich reagiren auf solchen Eingriff nicht immer mit Husten und Athemnoth. Das sicherste Erkennungsmittel ist, Luft durch die Sonde einzublasen und zu sehen, ob sich der Magen füllt. Auch suche man zu verhüten, dass der Kranke die eingeführte Flüssigkeit regurgitirt, weil sich sonst leicht gefährliche Schluckpneumonien einstellen. Da es sich in solchen Zuständen zunächst nur darum handelt, den Körper nothdürftig so lange zu erhalten, bis das gesunde Nahrungsbedürfniss zurückgekehrt ist, so genügt eine einmalige tägliche Anwendung der Sonde. Auch sei man anfänglich zurückhaltend mit der Menge der eingeführten Nahrung, weil der in seiner Kapazität geschwächte Magen nicht viel aufnehmen kann. Man giesse also nur ein halbes Liter Milch mit zwei Eiern langsam ein, später kann man auf ein ganzes Liter mit drei Eiern steigen.

c) Die Selbstmordneigung. Am sichersten verhütet man Selbstmord, eines der erschütterndsten und unheimlichsten Vorkommnisse, sowohl in der Privat- als in der Anstaltspraxis, durch eine rechtzeitige Diagnose.

Meist ist die Selbstmordneigung auch ohne vorhergehende, direkte Handlungen bei den Melancholischen an der Form ihrer Krankheit, an grosser Aengstlichkeit und Lebensüberdruss zu erkennen. Aber es kommen auch Selbstmorde bei Kranken vor, die nicht melancholisch sind, die auch bisher gar keinen Selbstmord geplant haben und nur einem plötzlichen Impulse folgen. Hier kann nur durch einen glücklichen Zufall die Ausführung verhindert werden. Bei Paranoikern wird mitunter durch eine zufällige akute körperliche Krankheit ein zeitweises, völliges Zurücktreten der Wahnvorstellungen und Rückkehr gesunder Erinnerungsbilder bewirkt. In solchen Zeiten sei man darum sehr vorsichtig. Denn oft kommt dann dem Kranken wie durch eine blitzartige Erleuchtung sein ganzes Elend zum Bewusstsein, zugleich mit dem unwiderstehlichen Drange, demselben gewaltsam ein Ende zu machen.

Hat man einmal die drohende Selbstmordgefahr erkannt, so giebt es nur ein Mittel dagegen — unausgesetzte, Tag und Nacht geübte Bewachung. Man schärfe dem Pflegerpersonal die Verantwortlichkeit seiner Aufgabe genau ein, und mache es namentlich auch darauf aufmerksam, dass es sich durch List und Verstellung, welche von solchen Kranken gern geübt werden, nicht von der strengsten Bewachung abhalten lassen darf.

d) Unreinlichkeit, Kothschmieren, Kleiderzerreissen sind nicht immer nothwendige Beigaben des Irreseins, sondern häufig Unarten, die sich die Kranken in der

Isolirung oder bei sonst mangelnder Bewachung angewöhnen. Genaue Ueberwachung hilft sie wieder ablegen.

Bei Kranken, die des Nachts schmieren, thut ein des Abends angewandtes Klysma oft sehr gute Dienste. Gegen das Kleiderzerreissen wendet man möglichst feste Stoffe an. Auch versuche man es, den ungeregelten Thätigkeitstrieb solcher meist schwachsinnig aufgeregter Kranken durch allmähliche Gewöhnung an leichtere Beschäftigung, z. B. Rosshaarzupfen, in geordnete Bahnen zu lenken.

C. Die psychische Behandlung.

Die Zeit, wo man den Irren durch direkte psychische Einwirkung heilen zu können glaubte, liegt noch nicht sehr weit hinter uns. Nicht blos Erregungen plötzlicher heftiger Affekte, wie des Schrecks, wurden, um eine heilsame Erschütterung zu bewirken, angewendet, sondern auch die Künste der Ueberredung. Man suchte die psychischen Symptome auch psychisch zu bekämpfen, und vom Irrenarzte wurde gefordert, dass er ein guter Dialektiker sei, um dem Kranken seinen Wahn gehörig widerlegen und die Grundlosigkeit seines Affektes beweisen zu können.

Als ein erstrebenswerthes Ziel galt es ferner, den kranken Willen zu brechen. Als Hauptmittel dazu diente ein komplizirtes Strafsystem. Jedes Vergehen gegen die Hausordnung wurde mit strengen Strafen, mit Kostentziehung, Isolirung, Zwangsjacke, Zwangsstuhl, Douche etc. bestraft. Die Zeit, wo diese mechanischen Zwangsmittel in Uebung standen, war zugleich auch die des grössten moralischen Zwanges.

Jetzt wissen wir, dass sich Wahnideen vom blossen Irrthume dadurch unterscheiden, dass sie organisch begründet sind und sich deshalb nicht widerlegen lassen. Wir wissen ferner, dass auch die gesprochenen Worte und die Handlungen eines Irren unter pathologischem Zwange stehen, und dass wir ihm dieselben deshalb ebenso wenig anrechnen dürfen, wie das Strafgesetz für Verbrechen, die im Zustande der Geisteskrankheit begangen werden, Strafen verhängt. Allerdings kommt man in Anstalten nicht ohne alle Disciplinar-Massregeln aus, und es wäre verkehrt, Alles gehen zu lassen, wie es geht. Oft hilft hier schon eine blosse Ermahnung oder die Versetzung in eine andere Umgebung. Wo man aber ernster eingreifen muss, hüte man sich, der Sühne den Charakter der Strafe zu verleihen, sondern lasse sie dem Kranken lediglich als die natürliche Folge seiner Handlung erscheinen. Selbst Disciplin zu halten, das Pflegerpersonal an strenge Pflichterfüllung, Milde und Freundlichkeit zu gewöhnen, ist übrigens das beste Mittel, auch von Seiten der Kranken Ausschreitungen zu vermeiden.

Auch für die psychische Behandlung gilt der Grundsatz aller Irrenbehandlung, nämlich der der grössten Ruhe. Deswegen soll der Arzt nicht selbst durch zu grosse Vielgeschäftigkeit ein

störendes Element in den Krankheitsverlauf hineintragen. Seine psychische Behandlung bestehe hauptsächlich in ruhiger, gleichmässig freundlicher Art und Weise, mit den Kranken zu verkehren. Er spreche ihnen Trost ein und lasse sie sein Wohlwollen fühlen, wenn auch mehr durch ein Wort oder eine Miene, wie durch langes Reden. Auch gewähre er ihnen soviel Freiheit, als es ihr Zustand erlaubt. Ueber ihre Wahnideen spreche er möglichst wenig mit ihnen, nur soviel, als es zur Diagnose ab und zu nöthig wird, — und schärfe dies auch dem Personal ein. Wahnideen, welche man möglichst ganz unberührt lässt, und denen man keine künstliche Nahrung zuführt, schrumpfen von selbst ein und stellen sich nicht mehr so aufdringlich in den Vordergrund, was auch für das äussere Verhalten des Kranken von bestem Einfluss ist.

Diese Regel, welche für den Anfang und das Höhestadium der Krankheit, sowie für die chronischen und heilbaren Fälle unbedingte Gültigkeit hat, erleidet nur für die Rekonvalescenz eine Ausnahme. Hier hat der Arzt sich eingehender mit den Kranken zu beschäftigen. Die Gewalt des Affektes ist gebrochen, die Wahnideen werden nicht mehr so streng festgehalten, der Kranke fängt an, sich auf sich selbst zu besinnen, Anknüpfung an die Aussenwelt zu suchen und nach Aufklärung zu verlangen. Deshalb sind seelische Einwirkungen hier ganz am Platze. Die Reste der vorsichtig berührten Wahnideen werden zerstreut, die Krankheit wird als ein Unglück, das Jedem begegnen könne, natürlich erklärt, und der zweifelnde Kranke wird Selbstvertrauen und Vertrauen in die Zukunft wiedergewinnen.

Schwierig und zugleich sehr wichtig ist es oft, den richtigen Zeitpunkt zur Entlassung zu bestimmen. Denn die Regel, dass man den Kranken bis zur völligen Genesung behalten solle, ist keine ganz allgemeine. Abgesehen davon nämlich, dass auch die Diagnose der Genesung nicht immer leicht zu stellen ist, empfiehlt es sich bei gewissen Kranken, gerade sie schon vor vollendeter Rekonvalescenz zu entlassen, z. B. bei Melancholikern. Hier sind der Drang, entlassen zu werden, und die Sehnsucht nach Hause oft so gross, dass es rathsam erscheint, dem Verlangen nachzugeben, widrigenfalls schwere Rückfälle eintreten können.

Arbeit ist eines der wichtigsten, psychischen Hülfsmittel. Zwar ist sie nicht, wie man eine Zeit lang geglaubt hat, Heilmittel für frisch Erkrankte. Denn diese gehören, wie körperlich Kranke auch, in's Bett, und müssen ihre Körperkräfte schonen. Dagegen ist sie für alle chronische Kranke ein ganz unschätzbares Ablenkungs- und Konservirungsmittel. Arbeit lenkt den Kranken von seinen Wahnideen und krankhaften Trieben ab, verbessert seine Stimmung, indem sie ihn mit dem Gefühle befriedigter Schaffenslust erfüllt, und hebt und veredelt ihn so gewissermassen. Die weitgehendste Anwendung und Verwerthung

hat Irrenarbeit im kolonialen System gefunden. — Ausserdem aber ist natürlich auch bei Rekonvalescenten passende Beschäftigung vom besten Einflusse und eine ganz selbstverständliche Massregel.

Zerstreuungen sind ebenfalls ein nicht zu unterschätzendes Hülfsmittel. Doch wähle man sie dem Ernste der Lage und dem in sich zurückgezogenen, der Aussenwelt abgewandten Wesen der meisten Kranken entsprechend. Grossen, rauschenden Vergnügungen ist nicht das Wort zu reden. Dagegen sind Spaziergänge, Ausfahrten, Musik, harmlose Schaustellungen, auch Kegel-, Billard- und Schachspiel zu empfehlen. Was den Verkehr mit den Angehörigen betrifft, so ist er in der ersten Zeit, wo noch das unbedingte Gebot der Ruhe herrscht, der Regel nach nicht zu gestatten. In der Rekonvalescenz jedoch darf man ihn mit vorsichtiger Auswahl zulassen, wobei man zu bedenken hat, dass nicht immer blos der Zustand der Kranken, sondern auch die Bildung und der gute Wille der Angehörigen massgebend sind. Bei chronischen Kranken gestatte und befördere man den persönlichen oder brieflichen Verkehr soviel wie möglich, denn er ist oft noch das einzige Band, das den Kranken mit dem gesunden Leben verknüpft und ihn vor weiterem Versinken bewahrt.

Die Ausstattung der Räume ist wohl zu beachten. Man suche möglichst den einzelnen Räumen, wie auch dem ganzen Hause den Charakter des Absonderlichen zu nehmen. Aeusserlich betrachtet, wird die Irrenanstalt die Beste sein, welche sich am wenigsten von einem gewöhnlichen, gut eingerichteten Krankenhause unterscheidet. Dicke Glasscheiben statt der Gitter, hübsches Mobiliar, Spiegel, Bilder, Teppiche, — alle diese Dinge, die mit der Heilung anscheinend nichts zu thun haben, sind doch von grossem Werthe. Es wäre ein grosser Irrthum, zu glauben, dass Irre durchgängig den Sinn für das Schöne, Anmuthige und Behagliche verloren hätten. Auch tiefgesunkene Kranke bewahren nicht selten Erinnerungen aus besseren Tagen. Sie erweisen sich dankbar für die schmückende Ausstattung der Zimmer, für jedes freundliche Wort, für jeden Lichtstrahl, der in ihre Nacht fällt. Denn in der Tiefe seines Bewusstseins trägt der Irre, und wenn er auch noch so weit davon entfernt scheint, doch die Empfindung seines Leidens und seiner Hülfsbedürftigkeit.



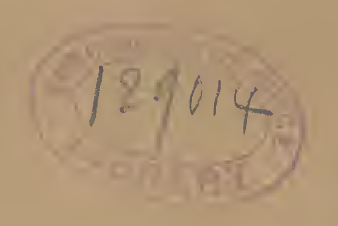
Druck von Oskar Leiner in Leipzig.

Handbuch der Irrenheilkunde

für Aerzte und Studierende.

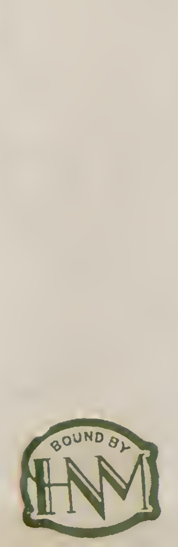
Von

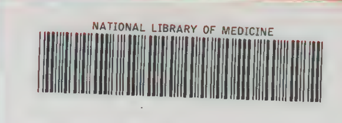
Dr. Friedrich Scholz,
Direktor der Kranken- und Irrenanstalt zu Bremen.





Eduard Heinrich Mayer
(Einhorn & Jäger)
VERLAGS-BUCHHANDLUNG
16 Rossplatz, Leipzig.


BOUND BY
HNM


NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00561236 0